

Cualidades para ser buen cirujano y... cirujano bueno*

Required qualities to be a good surgeon and... a surgeon kind

José Antonio Rodríguez Montes**

Académico de Número de la Sección de Medicina de la Real Academia de Doctores de España
rodriguezmontes@gmail.com

RESUMEN

En este artículo se responde a la pregunta ¿qué es la Cirugía?, cuya respuesta no es una cuestión de sencilla, clara y fácil contestación, ya que su definición o conceptualización puede enfocarse desde varios puntos de vista. Se exponen los rasgos y matices que caracterizan a la cirugía moderna, los factores en los que se basa, los cambios derivados de los avances tecnológicos y normas legales, así como los problemas que se plantean en la transición de la tradicional *tèkhne* a la cirugía científica (tecnociencia) actual. Finalmente, se formulan las cualidades esenciales requeridas para ser un cirujano cabal.

PALABRAS CLAVE: Cirugía; Cirujano cabal; Tecnociencia.

ABSTRACT

This article answers the question ¿what is the Surgery? whose answer is not a question of simple, clear and easy reply, since its definition or conceptualization can be approached from various points of view. The features and nuances that characterize modern surgery are exposed, the factors in which is based, the changes derived from technological advances and legal regulations, as well as the problems that arise from the traditional *tèkhne* to the current technological surgery. Finally, the qualities required to be a thorough surgeon are formulated.

KEYWORDS: Surgery; Thorough surgeon; Technoscience.

* Este artículo está basado en la conferencia oficial impartida por el autor en la V Convención Científica Internacional. "Calixto García, 2014" celebrada con motivo del 118 Aniversario del Hospital Universitario "General Calixto García". Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de La Habana, 2014.

** Catedrático de Cirugía. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Madrid.

Cualquiera que sea el asunto, sólo hay un principio posible si se quiere deliberar bien: hay que saber lo que es aquello sobre lo cual se trata o forzosamente se yerra en todo.

Platón, *Fedro* 237-b

1. ¿QUÉ ES LA CIRUGÍA?

Al iniciar el tema que nos ocupa, acorde con lo expresado por Platón, es preciso contestar a la pregunta ¿qué es la Cirugía?*** cuya respuesta no es una cuestión de sencilla, única y clara contestación, ya que su definición o conceptualización puede enfocarse desde varios puntos de vista****. La palabra Cirugía deriva del latín *chirurgia* ésta de los vocablos griegos *kheir*, mano y *ergía*, acción, obra o trabajo, por lo que su campo semántico abarca, en principio, todo lo que significa trabajar con las manos, realizar una técnica o habilidad manual; es decir, que bajo el aspecto puramente etimológico, la Cirugía es definida como *la rama de la terapéutica que pretende curar algunas enfermedades mediante operaciones sobre el propio paciente realizadas con las manos o con la ayuda de instrumentos, que constituyen la prolongación de las manos*. Aunque esta simple definición no se ajusta a la realidad, ya que el cirujano utiliza, además de la intervención quirúrgica otros métodos terapéuticos unas veces de forma complementaria y otras de forma exclusiva, a primera vista puede hacer pensar que para el ejercicio de la Cirugía basta con disponer de manos e instrumentos. Nada más lejos de la realidad, pues como ya puntualizara Laín Entralgo (1908-2001) el auténtico cirujano, el cirujano excelente, es el que utiliza sus manos con *eurritmia*, la cual amalgama tres ingredientes: *eucinesia*, *eunoia* y *eubolia*. La *eucinesia* se refiere a la destreza y habilidad en el movimiento de las manos, que se consigue mediante un adecuado adiestramiento y garantiza la necesaria seguridad en los gestos que la mano quirúrgica realiza durante

*** La respuesta a esta pregunta fue concretada por primera vez por Peter Lowe en su escrito *A Discourse of the Whole Art of Chirurgie*, publicado en 1597. Según este autor, *la Cirugía es una Ciencia o Arte que busca la forma de trabajar sobre el cuerpo humano, ejerciendo todas las operaciones manuales necesarias para curar al hombre, o las más posibles, utilizando las medicinas más convenientes*.

**** *Concepto* es la representación intelectual de un objeto o cosa. Generalmente, los conceptos no son una realidad simple, sino que están formados por una serie de elementos parciales o constitutivos que se denominan notas. En todo concepto pueden distinguirse dos cualidades: extensión y comprensión, de modo que ésta viene dada por el número de notas que lo integran, mientras que la extensión se refiere al número de objetos o cosas a los que puede aplicarse el concepto. Ambas cualidades están en relación inversa: cuanto mayor es la primera menor es la segunda y viceversa. *Definición* es la explicación de un concepto, es, en sí misma, un concepto explicado, que tiene por objeto señalar los límites de algo, es decir, precisar lo que una cosa es, explicar la naturaleza o esencia de una cosa en virtud de lo que tal cosa es ella misma y no otra distinta. Hay dos tipos fundamentales de definición: la nominal y la real, y de ésta se consideran varias clases. La definición nominal es la que explica el objeto por la etimología de la palabra o por el sentido que tal palabra tiene en el lenguaje habitual. La definición real trata de explicar lo que una cosa es, es decir, la naturaleza, la esencia verdadera del objeto significado o señalado por la palabra que lo expresa. Existen varios tipos de definición real: genética, descriptiva y esencial. La definición genética explica la esencia de las cosas por el modo como han sido engendradas, expresa de qué forma o cómo se ha producido el objeto. La definición descriptiva expone los caracteres más relevantes o significativos, pero no esenciales, de la cosa u objeto definido. La definición esencial, la única definición en sentido estricto, da a conocer la esencia última, la verdadera naturaleza de un objeto, sus notas o propiedades esenciales.

las operaciones. La *eunoia* equivale a la *inteligencia* de la mano quirúrgica, pues la mano no es solamente un órgano prehensil y motor, sino que también es el órgano ejecutor de lo que la mente le dicta; gracias a la *eunoia*, la mano del cirujano no sólo hace, sino que además “sabe” lo que hace, ya que la mano del cirujano se rige mediante unos conocimientos adecuados y un saber científico. La *eubolia* (término derivado de Eubolé, diosa de la buena voluntad y del buen consejo, que es como Píndaro llamaba a Themis, madre de la paz y de la justicia) representa la buena voluntad del cirujano, el vínculo de afecto que une al médico y al paciente cuando aquel busca algo más que lucro y prestigio en el ejercicio de su profesión. Por tanto, las cualidades requeridas para ser un cirujano cabal son de tres órdenes: manuales, intelectuales y ético-morales, que las escuelas anglosajonas de Cirugía resumieron en las tres H: *Hand*, *Head* y *Heart*, que son equiparables a la eucinesia, eunoia y eubolia, respectivamente, de Laín, a la que podría añadirse una cuarta H de *Humanitarism o Humanism*, humanitarismo como sentimiento de compasión o conmiseración hacia quien padece una enfermedad, o humanismo en el sentido de comprensión afectuosa del paciente y sus penalidades y de compromiso personal de investigar sobre el hombre y su entorno. Sin embargo, el humanismo en el sentido expuesto no está reñido con la cirugía tecnológica ni con la ciencia, sino que ambas son precisas para realizar una auténtica labor humanística, ya que el médico “humano” es el que brinda al paciente la mejor ayuda para la curación de su enfermedad, para lo que se requiere una sólida formación científico-técnica. No obstante, aunque la medicina *high tech* (de alta tecnología) ayuda a la cirugía a cumplir su función humanística, al mismo tiempo es la principal amenaza del humanismo quirúrgico¹.

Desde un punto de vista descriptivo, la Cirugía representa un conjunto de conocimientos metódicamente ordenados (Ciencia) sobre algunas enfermedades del hombre para cuya curación se emplea de un modo primordial, aunque no exclusivo, una serie de recursos manuales e instrumentales que el cirujano sabe, sabe utilizar y sabe por qué los utiliza (Técnica). Por otra parte, para la aplicación de tales recursos se necesita un cierto virtuosismo (Arte), así como una experiencia y práctica personales (Empirismo). Dado que el objetivo de la Cirugía es la curación del hombre enfermo, se puede concluir que la cirugía resulta de la conjunción de una serie de elementos constitutivos: ciencia, arte, técnica, empirismo y humanismo, que deben mantenerse equilibrados, ya que la disarmonía entre el saber (ciencia) y el saber hacer (práctica) genera actitudes erróneas. Para un ejercicio adecuado de la profesión quirúrgica, el cirujano debe adquirir los conocimientos de la Ciencia Médica y, además, de las técnicas quirúrgicas, sin pretender, en modo alguno, limitarse a éstas. Este espíritu anima la conocida frase del cirujano estadounidense John Blair Deaver (1855-1931) *un cirujano debe saber algo más que un médico y no algo menos*, haciendo énfasis en la condición esencial de médico.

La Cirugía, al ser una parte de la Medicina, es una Ciencia que al aplicar el método científico al enfermo concreto necesita de un arte. Pero además el cirujano, al aplicar el método terapéutico que le es característico precisa combinar la técnica con el arte, que algunos llaman habilidad; es decir, *el cirujano opera basado en conocimientos científicos, con ejercicio artístico y dominio técnico*.

En todas las etapas de la Cirugía lo común ha sido la acción manual o instrumental contra la enfermedad, concepto básico de notable índole terapéutica, que en principio parece identificar la Cirugía con la Técnica. Pero, cuando a finales del siglo XVIII se racionaliza la Cirugía por la incorporación de los conocimientos anatomoclínicos y anatomopatológicos y por los avances en las demás ciencias básicas, este contenido es insuficiente; la Cirugía sigue siendo técnica en esencia, pero es también clínica y fisiología, anatomía y farmacología... Y además Humanismo, capacidad de comprender al individuo enfermo como persona. El quehacer manual del cirujano pasó a depender no solo de su pericia y habilidades, sino de los conocimientos previamente adquiridos, erigiéndose en saber científico.

2. CIRUGÍA ACTUAL

La cirugía actual -que abarca el período comprendido desde finales de la II Guerra Mundial hasta nuestros días- en sus líneas fundamentales es una prolongación de la cirugía del siglo XIX, es decir, una cirugía científica basada en una patología quirúrgica. Pero, además, la cirugía actual tiene unos rasgos y matices exclusivos que la caracteriza y que se pueden resumir en: 1) Un *desarrollo técnico extraordinario*. Tanto, que en la actualidad es la cirugía quien incita a la ciencia médica y suscita sus áreas de investigación. A esto hay que añadir que la "patología quirúrgica", denominada "patología externa", se hace cada vez más interna y, excepto por la pura acción técnica, se confunde cada vez más con la patología médica. No hay más diferencia radical entre patología quirúrgica y patología médica que la técnica. No hay más que una patología. En la práctica, lo que sucede es que la cirugía se ocupa del conjunto de enfermedades susceptibles de un tratamiento quirúrgico, es decir, de una terapéutica técnica, pero no hay entre ellas unos límites precisos o constantes. Una misma enfermedad puede ser estudiada por una u otra patología según modas y conocimientos; 2) La *aparición del anestésista-reanimador*, como elemento fundamental del equipo quirúrgico; 3) La *disminución del riesgo quirúrgico*, que es mucho más previsible y calculado, hecho que favorece la orientación y las posibilidades de la cirugía como parte del proceso diagnóstico, que podrá ir seguido o no de actuación terapéutica; 4) el asombroso progreso técnico alcanzado por la cirugía en todos sus ámbitos ha traído como consecuencia la *especialización*; 5) La existencia de las *Unidades de Cuidados Intensivos* para el cuidado y tratamiento de los pacientes críticos, y 6) El *auge del trabajo en equipo*, cuya conveniencia y necesidad es indiscutible, ya que para la solución de un problema determinado, la colaboración de varios especialistas, con sus conocimientos específicos y una correcta integración mejorará los resultados. Frente a los peligros de despersonalización del cirujano y menoscabo de su responsabilidad, fácilmente evitables mediante una adecuada organización, el cirujano se ve favorecido en un plano de igualdad o en una escala de jerarquización del saber y competencia del resto de sus compañeros.

La cirugía actual se fundamenta en varios factores: 1) el extraordinario progreso de las ciencias básicas y su aplicación a la Medicina, tanto en clínica para el diagnóstico y

tratamiento de enfermedades como en investigación; 2) consideración biopatológica de la enfermedad, de modo que ésta es la respuesta (nerviosa, celular o físico-química) de un organismo vivo a la causa del proceso morboso, bien sea para su eliminación o para incorporarlo y convivir con él, y 3) concepción antropológica de la Medicina.

La cirugía se sigue presentando como un saber *hacer manual e instrumental* que busca sus bases científicas en los conocimientos derivados de diversas disciplinas científicas y basa sus crecientes posibilidades técnicas en la moderna tecnología. El *saber hacer* realizado con las manos del cirujano y sus instrumentos, es el que se corresponde con la tradicional *tèkhne* quirúrgica, y ha sido el rápido desarrollo de la tecnología el que ha dado lugar a la *cirugía tecnológica*. Mientras que en la tradicional *tèkhne* la mano del cirujano y sus instrumentos actúan en el campo operatorio directamente sobre el cuerpo del paciente, en la cirugía tecnológica, el instrumento en la mano del cirujano ha sido sustituido por una *tecnociencia* que se interpone entre la mano del cirujano y el campo operatorio.

¿Qué problemas se plantean en la transición de la tradicional *tèkhne* a la cirugía tecnológica?

Se concretan a nivel de los tres componentes básicos: mano, instrumentos y paciente. A nivel de la mano del cirujano son exigibles nuevas destrezas para el manejo de la tecnología quirúrgica; a nivel de instrumentos, su sustitución por las nuevas tecnologías robóticas exige un alto coste económico, y a nivel del paciente, la cirugía tecnológica lo aleja físicamente del cirujano. Por ello, es esencial evitar que la cirugía se convierta en una competición entre consorcios de tecnologías y cirujanos con una proyección mediática desmedida, y procurar que la mano del cirujano siga siendo el *instrumento de los instrumentos* y que los nuevos cirujanos tengan y dediquen tiempo suficiente para atender al enfermo antes y después de la operación. Solo si esto ocurre, la cirugía seguirá siendo ciencia, arte, técnica, empirismo y humanismo.

La cirugía, tanto con finalidad paliativa como curativa, ha experimentado en las últimas décadas una profunda transformación consecuencia de los avances tecnológicos y científicos, la especialización y el trabajo en equipo, que han permitido mejorar extraordinariamente los métodos de diagnóstico (TAC, PET, ECO, RM...), los cuidados perioperatorios (el dolor, el shock, la infección, el balance ácido-básico y electrolítico...), el enfoque multidisciplinar del tratamiento de las enfermedades y las vías de abordaje, mediante los que se ha reducido ostensiblemente la tasa de morbimortalidad haciendo la cirugía más segura. Todo ello, sin olvidar el destacado papel del cirujano, que de ser un "técnico" se ha convertido en un cualificado *médico que además opera*; conocedor de los fundamentos biológicos de la cirugía y de la fisiopatología e indicaciones de las enfermedades tributarias de tratamiento quirúrgico, además de prevenir y tratar correctamente las complicaciones; gracias, entre otras razones, a las contribuciones verdaderamente geniales de grandes cirujanos. El objetivo del cirujano es preservar la vida y evitar o, en todo caso, paliar el sufrimiento del hombre enfermo, considerado éste como unidad psicobiológica, un ser con cuerpo y alma, con sentimientos y emociones, para lo que utilizará sus manos con la *eurritmia* ya comentada, la aplicación correcta de sus saberes, reconociendo su dignidad como persona, independientemente de la edad, sexo, raza,

religión, ideología y tipo de enfermedad. La cirugía es un puente tendido hacia el hombre enfermo para mejorar su condición. Mejorar la salud del hombre requiere en primer lugar que se tenga por finalidad dignificar al paciente como ser humano, cuya particularidad vital es estar enfermo (*in-firmus*, no firme).

3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En épocas pasadas, el cirujano era el actor principal en la relación médico-paciente. Este recibía escasa información, cordial y de carácter paternalista, pero concluyente e incuestionable. Contrastaba la superioridad y autoritarismo del cirujano con la poca información de que disponía el paciente, en la que su decisión apenas se tenía en cuenta, forma de relación cirujano-paciente, que generaba mucho desasosiego, máxime por la creencia, que aún existe en algunos ambientes, de que la cirugía era un procedimiento agresivo, brutal a veces, con resultado de muerte². Sin embargo, la sociedad ha cambiado, cada día es más exigente de sus derechos, no tolera personalidades autoritarias y la complejidad de las intervenciones quirúrgicas es cada vez mayor, lo que obliga a trabajar en equipo tomando las decisiones consensuadas, no por imposición, y siempre acordes con las necesidades del enfermo; no obstante, en situaciones difíciles es el profesional con más experiencia y conocimientos el que decide la acción más adecuada, por lo que en estas circunstancias la figura del líder es indubitable.

En la actualidad el ejercicio de la cirugía es considerado como un pacto de confianza entre el cirujano y el paciente; éste le plantea un problema, y aquel le ofrece una solución, la mejor posible, y esto es así por dos razones: porque confía en el cirujano y porque no tiene mejor opción para tratar su enfermedad. Este hecho implica que el paciente debe ser informado *in extenso* de todo lo relativo a su patología (aspectos técnicos básicos de la operación, posibles complicaciones o secuelas) y de cuantos aspectos desee conocer para que pueda participar en la toma de decisiones con plena libertad, con la obligación de respetar su autonomía. Lo que el paciente gana en derechos el cirujano lo hace en responsabilidad y lo pierde en protagonismo. Por ello, para intentar mejorar la comunicación médico-paciente se instituyó el Consentimiento Informado, un documento necesario y de obligado cumplimiento, catastrofista para algunos², que se elabora para informar por escrito al enfermo de "todos" los aspectos relacionados con "su" operación, documento cuya lectura puede generar más efectos adversos que beneficios; en muchas ocasiones contribuye a suscitar en el paciente más inquietud y alarma de la que normalmente produce la intervención quirúrgica.

Puesto que el paciente tiene derecho a saber - para ello debe estar informado- y el cirujano la obligación de informarle, es oportuno preguntarse: ¿Cuánta y qué tipo de información hay que facilitarle? ¿Es aconsejable proporcionar información similar a todos los pacientes? El acto quirúrgico puede y debe explicarse de modo comprensible y en consonancia con la idiosincrasia de cada paciente, sin olvidar las posibles modificaciones de la técnica basadas en hallazgos insospechados (cirugía "a la demanda"), la respuesta del enfermo o de complicaciones imprevisibles. En todo caso, basados en nuestra experiencia y

conocimientos, se debe informar con la máxima claridad de los objetivos y resultados previstos de la operación a realizar, aunque el paciente debe asumir que la medicina no es una ciencia exacta y que la cirugía es un acto humano y por ello, aún en las manos más expertas, expuesto a error, a pesar de disponer de los medios más avanzados. No existe el riesgo cero en cirugía, ni en cualquier actividad humana. Es ineludible aceptar que toda decisión humana implica un riesgo.

Actualmente, la cirugía, considerada como el último mejor recurso terapéutico, no parece tener límites, en constante superación de dificultades y retos. Cada día se practican operaciones más complejas y arriesgadas en enfermos de edad avanzada, con patologías crónicas asociadas y debilitantes graves, y por ello con posibilidad de complicaciones y exitus; sin embargo, con frecuencia se advierte la carencia de aceptación y comprensión a este respecto. Este modo de practicar la cirugía, en la que se ofrece al paciente todo tipo de intervenciones quirúrgicas totalmente gratuitas, en las que, a veces, no se aceptan las limitaciones humanas de los cirujanos, ha creado tesis negativas para el ejercicio profesional, ya que reconociendo que son esenciales unas normas legales para regular y controlar nuestras actuaciones y penalizar las conductas negligentes o maliciosas, hay que admitir que se han multiplicado las demandas como buena parte de un mercado de fácil adquisición económica. Por otra parte, la insuficiente productividad y eficiencia del sistema sanitario de nuestro país, a pesar de sus excelentes recursos, y el creciente número de prestaciones, ha ocasionado un conflicto de intereses entre los cirujanos y la Administración; los primeros están más preocupados por la calidad de su trabajo y a la Administración, al parecer, importa más la cantidad. Estas y otras circunstancias han favorecido la aparición de una serie de problemas que han sido reunidos en el denominado efecto Barsky; según este autor,³ *A pesar de los indudables avances técnicos y de la mejoría de los indicadores de salud, los usuarios de servicios médicos en países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos.* Curiosamente, la respuesta de los cirujanos a estos hechos ha sido muy positiva. Basta recordar la incorporación y beneficios de todo tipo alcanzados por la implantación de la cirugía de corta estancia⁴, la cirugía mínimamente invasiva, el desarrollo de las áreas de capacitación específica (colorrectal, hepato-bilio-pancreática y otras) o el incremento de la investigación, que ha posibilitado que, por ejemplo, el trasplante de órganos (riñón, hígado, páncreas, intestino, corazón, pulmón) sean procedimientos habituales en diversos hospitales españoles.

4. CUALIDADES BÁSICAS REQUERIDAS AL CIRUJANO ACTUAL

Dado que la cirugía es un acto agresivo, aunque deliberado y aceptado, que comporta riesgos, es conveniente preguntarse ¿cuáles deberían ser las cualidades básicas exigibles al cirujano actual?

1º **Poseer amplios conocimientos científico-técnicos.** El buen cirujano es un médico que no solo opera, sino que entre sus tareas específicas se incluyen diagnosticar, indicar cuándo y qué patologías deben ser tratadas quirúrgicamente, comprobar el perioperatorio, prevenir las complicaciones y tratar las secuelas ocasionadas por la cirugía, si éstas aparecen; además de gestionar recursos humanos, materiales y conocimiento⁵; entrenar a jóvenes cirujanos y ejercer acorde con los principios éticos y fines de la Medicina. El cirujano, para obtener éxito en su cometido, debe conocer los fundamentos de las ciencias básicas, de la fisiopatología, de la patología quirúrgica, las técnicas operatorias y nuevas tecnologías, técnicas de laboratorio, informática y estadística, además de la metodología de la investigación⁶. Es esencial tener amplios conocimientos de anatomía, de fisiopatología, de los fundamentos de la cirugía y de semiología quirúrgica. Debe conseguir realizar una correcta práctica clínica y una excelente técnica quirúrgica, para lo que se requiere arte, destreza, hábito, constancia y diligencia. De acuerdo con Madden⁷, *la tarea del cirujano es por el adiestramiento de su mente y la habilidad de sus manos restablecer la salud de sus congéneres que sufren enfermedades susceptibles de tratamiento quirúrgico. Sin embargo, si quien se ha propuesto ser cirujano desea ser algo más que un mecánico debe, además de desarrollar destreza en el quirófano, aprender la ciencia y el arte en la asistencia a los pacientes. Aunque la operación es el punto culminante, la preparación y la asistencia en el postoperatorio significan la diferencia entre el éxito y el fracaso, aseveración esta última que todos los cirujanos hemos tenido ocasión de comprobar.* Además de conocimientos científico-técnicos, debe poseer amplia cultura. Tan importante es que el cirujano sea culto que, hace más de un siglo, el médico y escritor español José Letamendi (1828-1897) decía que *el médico que solo sabe medicina ni medicina sabe*, aserto popularizado en ambientes médicos desde entonces, y Sir William Osler (1719-1919), el padre de la Medicina moderna manifestaba a sus alumnos que *el estudiante que no es culto no será ni médico ni culto.*

El término que mejor define el grado de capacidad de un médico para el ejercicio profesional es el de "pericia clínica", que los anglosajones denominan *expertise*. La pericia clínica permite al médico establecer un buen juicio clínico, entendido como un proceso de toma de decisiones en ausencia de normas o leyes explícitas. El poder deductivo asociado a la pericia clínica no se basa solo en la experiencia, sino también en la observación y el estudio, el rigor en la obtención de datos y el sentido común. El grado máximo de la pericia clínica se sitúa en el último de los cinco rangos de la escala de nivel de Dreyfus (novel, principiante avanzado, competente, diestro y experto), caracterizado por la captación intuitiva y profunda de las situaciones, por la no utilización de reglas, normas ni protocolos, por el inicio de procesos analíticos solo ante situaciones nuevas y por una visión rápida de aquello que es posible⁸.

La ciencia y las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas que de ella derivan están modificando de manera radical el modo en el que se ejerce la cirugía. Una parte sustancial de lo que practicamos en la medicina no tiene base científica e, incluso, lo que la tiene, requiere la aplicación del juicio clínico para decidir cuándo y cómo elegir entre las diferentes opciones disponibles. La experiencia está siendo desacreditada siguiendo la tendencia social dominante que solo valora lo nuevo. Se olvida que *el conocimiento es experiencia, todo lo demás es información* (Einstein).

2º **Destreza y habilidad técnica con la mano e instrumentos manejados por ella**, para realizar la operación quirúrgica adaptada a cada paciente concreto. Y debe hacerlo, en opinión de Cristóbal Pera⁹, con "intrepidez" y con "serenidad"; es decir, sin que le tiemblen ante el riesgo e imprevistos, y con seguridad y firmeza, poniendo especial atención en la ejecución de los últimos detalles, cuya práctica "rutinaria" puede ser responsable de sobresaltos indeseados.

3º **Control emocional**, para superar las adversidades y momentos difíciles que sucederán durante el ejercicio profesional, que serán muchos. Tener control emocional le permitirá dominar sus sensibilidades y emociones, especialmente la ansiedad, ocasionada por el sufrimiento del enfermo, la evolución cruel de la enfermedad o por la complicación imprevisible, para con ánimo firme y talante resolutivo decidir en situaciones comprometidas y sobreponerse a las coyunturas estresantes y conflictivas. Un cirujano capaz de controlar sus emociones y afectividades se mostrará más seguro y tendrá mejores relaciones con el paciente, sus familiares y sus colegas.

4º **Espíritu de sacrificio**. El cirujano moderno es un profesional que, tras muchos años de estudio y entrenamiento, pretende resolver problemas y curar o paliar enfermedades que no es posible conseguirlo por otros medios. La mayoría de cirujanos se han visto obligados a renunciar a actividades de su vida privada para poder desempeñar su profesión con el tiempo de estudio, dedicación y exigencia que la actividad quirúrgica requiere y mantener sus conocimientos actualizados, lo que exige un esfuerzo enorme pocas veces reconocido. Por ello, no es de extrañar que la Cirugía General no figure entre las preferencias de los graduados que obtienen los primeros números en el examen MIR, pero aquellos que decidan ser cirujanos han de ser conscientes de que esta especialidad exige una dedicación y una abnegación fuera de lo común.

5º **Comportamiento humano**. La cirugía es un *saber hacer* sobre el hombre, lo que implica dar un carácter humano concreto a toda la actividad quirúrgica. El objetivo de la cirugía es la curación del ser humano enfermo; el paciente no es un "caso clínico" ni un número de una "lista de espera"; es una persona concreta, que sufre, siente y padece, *no hay enfermedades sino enfermos*. Es difícil expresar qué se quiere decir con "comportamiento humano" pero es fácil reconocer cuándo en este aspecto se actúa bien o mal, porque el cirujano o el paciente perciben claramente la diferencia.

El acto médico es un ejercicio de humanismo, entendido también como sentimiento humanitario, que en el ámbito quirúrgico se basa en una insustituible relación de confianza mutua entre el cirujano y su paciente, cuyos aspectos físicos y espirituales deben ser individualmente considerados y atendidos. La relación cirujano-paciente es un vínculo interpersonal y complejo, en el que participan elementos psicológicos conscientes e inconscientes que, bien gestionados por el cirujano y el paciente, hacen posible una relación sólida, indispensable e irrenunciable para la atención médica. Este vínculo está caracterizado por las percepciones que cada participante tiene del otro, en lo que concierne a motivaciones, intereses, capacidad para la comprensión y para relacionarse. La deficiencia del cirujano para establecer una buena relación con el paciente explica buena parte de los

fracasos en la asistencia médica. Las diferencias culturales, sociales o intelectuales pueden interferir en gran medida en este vínculo^{10,11}.

Los cirujanos actuales parecen estar demasiado entrenados en la ciencia, pero poco preparados en lo que respecta a las habilidades sociales y a su capacidad de relación con sus pacientes como seres humanos. Decía William Stewart Halsted (1852-1922), cirujano estadounidense, considerado uno de los pioneros de la cirugía moderna, *necesitamos no sólo cirujanos bien entrenados técnicamente y con amplia base científica, sino dotados de corazón*. Y en el mismo sentido, Salvador Morales Méndez (1941-2009), reconocido cirujano andaluz, en su discurso "Cirugía, Humanismo... y Hombre" manifestaba: *La cirugía es una actividad que busca el bien y está gobernada por la razón; es una actividad intelectual con un profundo compromiso moral*¹². El cirujano no solo debe saber, conocer y saber hacer lo relacionado con su profesión, sino que también debe conocer la "ciencia" social y humana, ya que la actuación de un cirujano es incompleta si desconoce los aspectos psicológicos y sociales del paciente. El avance de la cirugía no consiste en el desarrollo técnico estricto, sino en el esfuerzo dirigido a modificar positivamente la totalidad psicofísica del enfermo; por eso, una cirugía que no sea personalizada, es decir, adaptada a las necesidades de cada paciente al que se destina, no solo no es un progreso, sino que incluso puede transformarse con facilidad en un factor quirogénico.

Las cualidades humanas en el médico son como el valor en el soldado; se les supone, pero no se las mencionan, y así es, como se constata en el proyecto de formación de especialistas en cirugía general y del aparato digestivo de 2006, publicado en la revista *Cirugía Española*¹³, órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos. Incluso en el grado de Medicina no se concede la importancia que tiene para el médico el poder desarrollar habilidades de tipo humanístico que le permitan fortalecer sus destrezas para realizar un ejercicio integral de su profesión^{14,15}. Estamos más interesados en que los egresados consigan una buena posición en el examen MIR más que en su formación en la ciencia social y humana. Es cierto que desde hace tiempo se observa una progresiva deshumanización de nuestra profesión, eso sí, posiblemente en la misma medida que la sociedad, cuyos valores y prioridades han cambiado; el sentido de la responsabilidad y el orgullo del trabajo bien hecho han decaído de modo notable. Sería deseable la existencia de actividades académicas y extraacadémicas durante la formación médica que promuevan el desarrollo de actividades humanísticas; buen ejemplo de ello son los múltiples médicos en el mundo que han compatibilizado adecuada y exitosamente el ejercicio de su profesión con el de diversas actividades artísticas: entre otros, los muy conocidos David Livingstone (1813-1873), Alexander Borodin (1833-1887), William Somerset Maugham (1874-1965), Albert Schweitzer (1875-1965) o Enoch Cansino Casanova (1928-2010).

¿Qué elementos influyen en la formación humana del cirujano? En opinión de Gago Romón², al menos tres circunstancias son significativas en este aspecto: 1) poseer una asentada y correcta formación moral y en valores éticos, normalmente adquiridos en el ámbito familiar, donde se "educa" y también en el colegio o escuela, donde se "instruye"; 2) Haber elegido la especialidad por vocación, no por necesidad o imposición, ni por intereses lucrativos o de otra índole, y 3) Haberse formado en una escuela quirúrgica bajo la dirección de maestros

y con compañeros que han sido ejemplo de conducta, dedicación y valores éticos y morales. ¿Se puede mejorar el aspecto humano de la cirugía? Obviamente, sí. Toda actividad o faceta humana es mejorable, también el aspecto humano de la cirugía. Los niveles de actuación deben estar orientados principalmente a los médicos en formación (MIR de Cirugía General). ¿Cómo hacerlo? Dando ejemplo con nuestra conducta profesional, personal y social, fomentando la solidaridad, el compañerismo, la empatía, la tolerancia, la amistad...y promoviendo y reconociendo el buen hacer: el esfuerzo, el trabajo bien hecho, la calidad, la responsabilidad, el estudio, la disciplina... Es preciso instaurar un ambiente laboral, académico y científico acorde con los objetivos a conseguir. Es deber de los docentes e instructores quirúrgicos "crear" el espíritu científico y humanitario necesarios para conseguir una correcta asistencia a los enfermos, una investigación productiva y una mayor amplitud de conocimientos, haciendo realidad la afirmación pronunciada por el cirujano estadounidense Charles Horace Mayo (1865-1939) en 1926: *There are two objects of medical education: to the sick and to advance the science.*

Es el "arte" en la comprensión y correcta gestión de los aspectos humanitarios, más que la ciencia, lo que facilita la proximidad al enfermo, que en situación ideal se hace posible por los atributos humanísticos del médico de integridad, respeto y compasión. Es la capacidad de "dar" lo que hace del cirujano un noble especialista; de ponerse en el trance del paciente para poder ayudarlo. El mejor cirujano es tal vez aquel que provisto de amplios conocimientos científico-técnicos trata al enfermo dotado de un equilibrado juicio clínico - del que forma parte la condolencia y la compasión- y capacidad técnica. Escuchar, hablar, empatizar, siguen siendo gestos esenciales de la práctica médica y, por ende, del ejercicio de la cirugía,

5. REFERENCIAS

- 1.- Rodríguez Montes JA: Decadencia del arte clínico y auge de la medicina *high-tech*. Rev Clin Esp (Editorial) 2009; 209:361-363
- 2.- Gago Romon P: Ejercicio de la cirugía y cualidades exigibles al cirujano actual. Rev Esp Invest Quir (Editorial) 2007; X:55-60
- 3.- Barsky AJ: The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318:414-418
- 4.- Rodríguez Montes JA: Importancia de la Cirugía Mayor Ambulatoria en la formación del cirujano. Cir Mayor Amb (Editorial) 2007; 12:1-3
- 5.- Rodríguez Montes JA: Gestión del conocimiento en un servicio de cirugía general. Cir Esp 2006; 80:72-77
- 6.- Rodríguez Montes JA: Objetivos docentes en la formación quirúrgica postgraduada. Actas del VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica. Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 1983:291-298

- 7.- Madden JL: Atlas de Técnicas en Cirugía, 2ª edición. Editorial Interamericana, 1967:1-3
- 8.- Gudiol Munté F: "Ojo clínico" y evidencia científica. Educación Médica 2006; 9 (Supl. 1):21-23
- 9.- Pera C: El cuerpo herido. Diccionario filosófico de la cirugía. Barcelona. Editorial Acantilado, 2003
- 10.- Jolkowitz AB, Clarfield M: The physician as comforter. Eur J Int Med 2005; 16:95-96
- 11.- Marsiglia IG: Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. Gac Méd Caracas 2006; 114:183-189
- 12.- Morales Méndez S: Cirugía, Humanismo... y Hombre. Discurso de Recepción Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 1989
- 13.- Parrilla Paricio P, Landa García I, Moreno González E, Alarcó Hernández A, Martínez Rodríguez E, Rodríguez Montes JA et al.: Proyecto de Programa de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Cir Esp 2006; 80:133-144
- 14.- Oseguera Rodríguez JF: El humanismo en la educación médica. Rev Educación 2006; 30:51-63
- 15.- Sánchez Martín MM: Humanidades médicas: integrar arte y ciencia en medicina. Rev Esp Cir Osteoarticular 2014; 49:187-196