

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REPTES DE LA CIRURGIA AL SEGLE XXI

DISCURS D'INGRÉS LLEGIT PER L'ACADÈMIC ELECTE
DR. JOAN VIÑAS I SALAS

CONTESTACIÓ AL DISCURS D'INGRÉS A LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
PER L'EXCM. I IL·LM. DR. MOISÈS BROGGI I VALLÈS
PRESIDENT D'HONOR DE L'ACADÈMIA

BARCELONA, 28 DE NOVEMBRE DE 2004

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REPTES DE LA CIRURGIA AL SEGLE XXI

DISCURS D'INGRÉS LLEGIT PER L'ACADÈMIC ELECTE
DR. JOAN VIÑAS I SALAS

CONTESTACIÓ AL DISCURS D'INGRÉS A LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
PER L'EXCM. I IL·LM. DR. MOISÈS BROGGI I VALLÈS
PRESIDENT D'HONOR DE L'ACADÈMIA

BARCELONA, 28 DE NOVEMBRE DE 2004

Sumari

Reptes de la cirurgia al segle XXI. Discurs d'ingrés llegit per l'acadèmic electe Dr. Joan Viñas i Salas	5
Preàmbul	7
Introducció	11
I. Cirurgia: concepte, evolució científica i prospecció de futur	13
II. Reptes de la docència de la cirurgia al segle XXI	19
Formació	19
Aprentatge i assaig de noves tècniques quirúrgiques i corba d'aprenentatge	25
III. L'exercici professional de la cirurgia en l'actualitat. La professionalitat	27
La qualitat assistencial	29
Gestió	35
Relació metge-malalt. Bioètica	37
Epíleg	47
Notes bibliogràfiques i de fonts	49
Contestació al discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina per l'Excm. i Il·lm. Dr. Moisès Broggi i Vallès. President d'honor de l'Acadèmia	53

REPTES DE LA CIRURGIA AL SEGLE XXI

DISCURS D'INGRÉS LLEGIT PER L'ACADÈMIC ELECTE
DR. JOAN VIÑAS I SALAS

1. Preàmbul

Excel·lentíssim Senyor President,

Molt il·lustres senyores i senyors acadèmics,

Digníssimes autoritats,

Distingits companys i amics,

Senyores i senyors,

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, en la seva orientació vers la nació catalana, amplia el nombre dels seus membres de fora de l'àrea metropolitana de la capital. És per a mi un gran honor que m'hagin escollit membre numerari d'aquesta insigne i centenària institució. Per fer-me digne de tal distinció em comprometo a col·laborar amb vostès per mantenir el merescut prestigi d'aquesta molt il·lustre corporació contribuint a les seves tasques científiques i de responsabilitat social, fent el que estigui al meu abast per mantenir la condició de l'Acadèmia com a referent de la societat en les àrees de la salut i els seus aspectes biomèdics. És en aquests aspectes biomèdics que l'Acadèmia contribueix a definir l'essència de la cultura mèdica inserida en la cultura en general, mantenint el rigor científic adequat i respectant sempre la dignitat de la persona, fent la síntesi i la connexió entre ciència biomèdica i cultura en la nostra societat plural. Hi posaré el meu gra de sorra treballant en els camps en els quals considerin que el meu servei pugui ser de més utilitat.

La vida de les persones està condicionada per molts factors: des del genotip –en el qual avui encara podem intervenir poc– fins al fenotip –o l'expressió d'aquell, molt més influenciable. L'ambient en el qual hem estat educats té una gran importància en el nostre avenir, ja que ens dóna oportunitats, però també ens tanca portes.

Vull, per tant, agrair primer a la meua família –començant pels pares i la meua germana– tot el que m'han ensenyat i com m'han educat, tot l'amor que m'han donat i em donen i com m'ajuden a millorar dia a dia. Vull fer un especial esment del pare, el Dr. Josep Viñas Cabot, mort l'any 1992, company de curs d'alguns insignes acadèmics. Ell em va inculcar l'amor a la medicina, a l'humanisme cristià i a l'esforç i el sacrifici en el treball, amb el gust per la feina ben feta. Tinc viu en la memòria que a la dècada dels seixanta, quan estudiava Medicina, ell em portava aquí, a aquesta seu de la Reial Acadèmia, a escoltar algunes de les sessions científiques. Tinc la fe que ara em deu escoltar, i per això vull agrair-li de tot cor el seu amor, la seva vida lliurada al proïsme i tot el que em va ensenyar. El temps revalora les persones, i els fills reconeixem com d'encertats eren els consells dels pares, a vegades no prou

valorats quan ens els donaven. També, un agraïment especial a la meua muller, Anna, i als meus fills, Meritxell, Ester, Joan-Oriol i Elisa, pel suport i l'esperonament constant per no defallir i seguir endavant.

Tinc també unes paraules d'agraïment per als meus professors i mestres, tant del col·legi –Salesians d'Horta– com de la Facultat de Medicina de Barcelona, l'única que hi havia a Catalunya quan vaig començar la carrera. Vull recordar alguns dels meus mestres de la Facultat de Medicina: el Prof. Santiago Vidal Sivilla; el Prof. Domingo Ruano Gil, que acabava d'arribar a Barcelona i ens captivà amb les seves explicacions i els seus dibuixos a dos mans a la pissarra; el Prof. Antonio Tejedo i Mateu, que destil·lava la seva bonhomia i també ens feia uns dibuixos magnífics a la pissarra; el Prof. Alfons Balsells Gorina; el Prof. Francisco García Valdecasas; el Prof. Máximo Soriano Jiménez; el Prof. Lluís Revert i Torrellas; el Prof. Miguel Sales Vázquez; el Prof. Jacint Corbella i Corbella, de qui recordo la claredat, l'enfocament innovador de les seves classes i la proximitat a l'alumne, tant que va em va induir a estudiar l'especialitat de Medicina del Treball.

Encara que el pare era especialista en pulmó i cor –com s'anomenava aleshores–, quan vaig acabar tercer curs vaig entrar intern a la càtedra del Prof. Pere Piulachs i Oliva, la que em pertocava. Vaig aprendre del seu esperit científic i docent, de la seva inacabable capacitat de treball, del seu ull clínic diagnòstic i la seva precisa tècnica quirúrgica. Em va correspondre la sala del Prof. Josep Ojeda Gil, del qual vaig ser alumne intern i del qual guardo un gran record, igual que del Prof. Jaume Suñol Blanchart, l'altre cap de sala de Cirurgia.

Malgrat que m'agradava la medicina en el seu conjunt, vaig continuar l'especialitat de Cirurgia a la càtedra del Prof. Piulachs i l'Escola Professional, i després vaig passar a resident a l'iniciar-se el canvi a l'Hospital Clínic, de la mà del Prof. Miguel Ángel Asenjo Sebastián, quan es va introduir el sistema MIR. Amb el Prof. Asenjo vaig aprendre economia de la salut i gestió sanitària, especialitats noves en aquell temps. Els seus ensenyaments m'han estat sempre de gran utilitat, complementats pels del gran economista de la salut Prof. Guillem López Casasnovas, també insigne membre d'aquesta Reial Acadèmia.

Imbuït per la vocació acadèmica, i amb una beca d'Agustí Pedro i Pons –mort no feia gaire–, vaig fer la tesi doctoral dirigida pels professors Ojeda i Piulachs. L'any 1976, quan estava a punt de llegir-la, el Prof. Piulachs va morir, i el Prof. Balcells Gorina va tenir l'amabilitat de prendre el relleu i donar-hi el vistiplau.

He esmentat la importància de l'ambient i de les oportunitats en el condicionament de la vida de les persones. La mort del Prof. Piulachs, i la desaparició de la càtedra, em va obligar a marxar de l'Hospital Clínic. Vaig anar de cirurgia a l'Hospital de la Seguretat Social de Lleida –avui, Hospital Universitari Arnau de Vilanova–, en el qual encara treballo. El curs següent es va signar un conveni entre l'Hospital i la Facultat de Medicina de Barcelona per acollir alumnes, paral·lelament als inicis de l'extensió de la Facultat de Medicina a Lleida. Això em va permetre continuar de professor ajudant de Cirurgia i seguir la carrera acadèmica –que era la meua vocació–, carrera que avui m'ha portat a ser el rector de la restaurada Universitat de Lleida, la més antiga de la Corona d'Aragó.

Des de 1977, doncs, he exercit la meua professió a Lleida, on vaig refermar una amistat perdurable amb el Prof. Manel Camps i Surroca, de les terres del Ponent, que em va precedir en l'ingrés en aquesta Reial Acadèmia. Les oportunitats de desenvolupament científic eren molt escasses, donada la mancança total d'ambient universitari i l'enorme limitació de mitjans. Això em va portar a lluitar per la millora de la sanitat a Lleida, aprofitant els coneixements que tenia de gestió i les esclètxes del sistema, tant com a representant dels companys com en qualitat de responsable en diversos càrrecs.

La meua visió global de la medicina i la coneixença del Dr. Francesc Abel i Fabre em van obrir el camp de la bioètica. Del Dr. Abel —a qui admiro i a qui estaré per sempre agraït per tot el que ha fet i fa per a mi— he après aquesta important disciplina, de manera que l'hem introduït com a assignatura obligatòria en el pla d'estudis de la Facultat de Medicina de Lleida, de la impartició de la qual m'ocupo personalment, a més a més de la cirurgia. Després de demanar-ho durant uns quants anys vam constituir un Comitè d'Ètica a l'Hospital, inicialment mixt (assistencial i de recerca), que més tard es va subdividir d'acord amb la corresponent legislació.

Agraeixo al Dr. Moisès Broggi que m'hagi fet l'honor de contestar el meu discurs d'ingrés a l'Acadèmia. L'admiro com a cirurgià i, per sobre de tot, com a persona que al llarg de la seva vida ha estat un exemple de fidelitat al deure professional. He tingut la fortuna de formar part del Patronat de l'Institut Borja de Bioètica, que ha presidit amb saviesa i entusiasme. La seva actitud ha reforçat en mi el convenciment que el diàleg bioètic assenyalava un horitzó esperançador, integrant a l'art i ciència quirúrgica l'hàbit de l'exigència ètica, que té com a fita l'excel·lència professional al servei dels pacients.

Donada la ràpida evolució de la medicina i la tecnologia, vaig comprendre que havia de subespecialitzar-me per adquirir més experiència i poder fer recerca. Després d'anys d'insistència, i d'haver marxat als Estats Units i a Anglaterra a formar-me, es va subdividir el Servei de Cirurgia, i els darrers anys m'he dedicat fonamentalment a la cirurgia colorectoanal. He seguit exercint la gestió allà on he pogut, principalment a la Universitat; vaig ser el primer director del Departament de Medicina i Cirurgia en aplicació de la Llei de reforma universitària, vaig ser degà de la Facultat de Medicina durant sis anys (és a dir, durant el període de les dues eleccions possibles en aquest càrrec) i vaig tornar a ser director del Departament de Cirurgia fins fa un any i mig, quan la comunitat universitària em va escollir rector de la Universitat de Lleida.

He volgut fer un breu resum de la meua trajectòria professional per tal de justificar el tema escollit en aquest discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia. Crec que puc aportar una visió global i sintètica a la vegada —holística— sobre l'exercici de la cirurgia, la professionalitat i l'ètica des del punt de vista del cirurgià i la seva evolució per fer front als reptes que la societat de començaments del segle XXI ens planteja. En el context del meu discurs no podem oblidar en cap moment la profunda transformació que s'ha produït en la segona meitat del segle passat en les relacions metge-pacient. El pacient capaç és reconegut com a agent moral autònom en les preses de decisions que afecten la seva salut.

Les relacions sobre la base de confiança s'han convertit en relacions quasi contractuals —si no plenament contractuals— en la majoria de casos. Valors ètics d'aquesta relació asimètrica

han estat reforçats en la praxi diària, i en no poques ocasions han passat a ser béns jurídics protegits. Tenint-ho en compte com a rerefons, tractaré de la professió de cirurgia al primer terç del segle XXI, en les seves diferents facetes científiques de cirurgia i medicina, amb unes pinzellades sobre recerca biomèdica i quirúrgica; també parlaré de la docència; en tercer lloc, em referiré a la professionalitat; i, a cavall entre docència i professionalitat, tocaré el tema de la qualitat assistencial. Finalment tractaré la relació metge-malalt i la bioètica.

2. Introducció

En el món actual, dominat pels especialistes, succeeix amb massa freqüència que l'assistència, la docència i la recerca estan en mans de professionals que cada vegada coneixen amb més i més profunditat el seu camp, però que manifesten limitacions a l'hora d'establir connexions amb el conjunt de la persona i la societat. Hi ha hagut tants avenços científicotecnològics, que avui és impensable un cirurgià com el Dr. Moisès Broggi, capaç de diagnosticar i tractar malalties de tota l'economia corporal.

Crec que en l'actualitat l'exercici de la cirurgia s'ha de fer combinant coneixements genèrics i amplis del metge i cirurgia generalista amb habilitats especialitzades. El cirurgià no pot oblidar que el malalt és una persona i no un cos robòtic que té una peça espatllada que s'ha d'arreglar; i, per tant, com a metge, el cirurgià ha de tenir coneixements, habilitats i actituds pròpies del metge generalista o de capçalera, tal com el va descriure el Dr. Jordi Gol i Gurina.¹

L'exercici de la medicina ha estat, és i crec que serà sempre una professió tal com etimològicament descriu aquest mot: un compromís públic amb la ciutadania d'ajut al malalt abocant-hi les millors qualitats que hom té. Per això, tot metge ha d'estar preparat per a aquest compromís. Ha de disposar d'aquestes qualitats pròpies d'un bon metge —que és al mateix temps una persona madura, formada com a tal. Aquestes qualitats no s'improvisen; s'han d'haver convertit en hàbits de vida que surtin quasi espontàniament en moments d'actuació urgent, imprevista o de crisi, que és quan es descobreix de veritat què hi ha en el fons de les persones, què tenen assumit.

El metge no solament ha de pensar a guarir malalts com a única finalitat de la seva professió. Des de fa alguns anys, diferents estudiosos han posat en relleu el polifacetisme de la medicina: guarir, tenir cura, procurar una bona mort, acompanyar, prevenir, gestionar els recursos, dirigir equips i educar. Boeler de l'Organització Mundial de la Salut, ha descrit el metge del segle XXI amb les competències que ha de tenir, i l'ha anomenant *metge cinc estrelles*: (1) *prestador d'assistència* holística, familiar i comunitària; (2) *decisor* de manera ètica i eficient; (3) *comunicador*, promotor d'hàbits de vida saludables; (4) *líder comunitari*, guanyador de la confiança; i (5) *gestor*, en harmonia entre l'individu i la comunitat.²

El malalt és una persona amb la seva pròpia biografia; ha viscut unes experiències que l'han marcat, i té unes pors, uns valors, una manera de pensar i d'entendre la vida, unes seguretats, etc.

Les habilitats de comunicació amb el malalt i la seva família són, per tant, molt importants, però tots els coneixements científicomèdics, totes les habilitats quirúrgiques i totes les

de comunicació han d'anar lligats a les actituds de servei al malalt concret, subjecte únic. Una ètica mèdica o bioètica és essencial, i aquesta tampoc s'improvisa.

Tot metge gestiona uns recursos, i el cirurgià encara més. Començant pel seu temps, seguint per les instal·lacions –que són cares: quiròfans, habitacions, consultes, unitats de cures intensives–, i sense oblidar el material fungible –medicaments, materials i pròtesis, sutures. Gestionem llistes d'espera i establim prioritats.

L'exercici de la medicina a finals del segle XX i a començaments del segle XXI comporta, per tant, diversos reptes igualment importants: científicotècnics, docents, de recerca, de gestió, bioètics i professionals en general.

En aquest discurs tractaré l'exercici de la cirurgia en connexió amb el conjunt de la cultura mèdica i social, amb el canvi de paradigma que s'està produint en la societat del segle XXI, que ha modificat la concepció que tenia de la medicina i que formula noves demandes als professionals.

Em referiré –encara que de manera obligatòriament breu– a totes aquestes facetes de l'exercici de la cirurgia, en les quals he procurat formar-me i fer modestes aportacions. A través de la meva trajectòria personal i científica justificaré l'oferiment d'unes propostes de canvi vers el progrés sostenible de la nostre professió i la societat de començaments del segle XXI. La prudència fa no m'aventuri a dir el que pot succeir més enllà dels propers quinze anys, donada l'espectacular evolució dels descobriments i els canvis socials i geoestratègics que es produeixen contínuament.

I. Cirurgia: concepte, evolució científica i prospecció de futur

Concepte

La paraula *cirurgia* és d'origen grec (*kheir* vol dir 'mà' i *érgon*, 'obra'). És la pràctica mèdica per a la qual és principalment necessari l'exercici de les manualitats, amb l'ús d'instruments portats per les mans. És un saber fer manual, un art o conjunt de preceptes o regles per fer quelcom bé, amb resultat més pràctic que teòric, i també —com tota activitat humana— dedicat a la creació de coses boniques.³

Si bé l'activitat manual i instrumental del cirurgià obeeix a regles tècniques que tenen el seu fonament en un saber empíric, les maneres d'elecció racional davant el malalt es regulen mitjançant estratègies basades en un saber analític. Per això, la cirurgia és una ciència l'origen de la qual està en un saber fer manual que recolza en altres coneixements científics, però que no s'esgota en aquesta habilitat, sinó que s'estén al coneixement biològic i global del malalt abans, durant i després de la intervenció quirúrgica. La cirurgia, avui més que mai, és art, tècnica, ciència, però, a més, com que s'aplica sobre éssers humans, és hereva també de les dimensions humanística i d'ètica professional amarada de respecte a les persones.

Per aconseguir els seus objectius són necessaris uns coneixements científics, un corpus doctrinal de les malalties susceptibles de tractament quirúrgic. És a dir, un *saber*, o estudi dels fonaments científics, les conseqüències i els objectius de l'acció; una *tècnica*, o destresa o habilitat adquirida amb la pràctica, ja que es tracta d'un *saber fer*; un *art*, per tal com la tasca del cirurgià té aspectes creatius que superen la simple còpia de tècniques quirúrgiques apreses, ja que la persona malalta és sempre diferent; i un humanisme i una ètica, un *saber ser*, perquè la persona malalta no és un simple cos "espatllat" que s'ha "arreglar", sinó un tot que està afectat per una disfunció d'alguna de les seves parts, i hi ha una manera de relacionar-se amb el malalt que el cirurgià ha de conèixer i practicar, així com un comportament *ètic*, perquè no n'hi ha prou a conèixer com es fa una tècnica determinada, sinó que ha de saber quan i com ha d'aplicar-la. En aquest sentit podem dir que la cirurgia és una medicina més completa, ja que no acaba amb el diagnòstic sinó que practica el tractament, amb una determinada i escollida estratègia i tàctica quirúrgica, i segueix el malalt en el postoperatori fins que guareix o es mor. La cirurgia del primer terç del segle XXI serà un saber, un saber fer, un saber ser, una dialèctica entre l'especialització necessària i la visió holística, humana i ètica del malalt.

Com a resultat de l'antiga divisió de la medicina en *interna* —patologia mèdica—, no visible abans del descobriment dels mitjans diagnòstics a través de la imatge, i *externa* —patologia quirúrgica—, ja que el cirurgià obria i entrava a les cavitats internes exterioritzant-les, ha resultat imprescindible mantenir una relació dialèctica entre les ciències mèdiques i l'art quirúrgic.

A més, el treball en equip és essencial avui dia, donada la complexitat de l'exercici de la medicina i el constant canvi de tractaments, abans quirúrgics i ara mèdics i al contrari, com veiem, per exemple, en la cirurgia laparoscòpica de l'hèrnia hiatal.⁴

L'exercici de qualsevol activitat mèdica és avui complexa i requereix l'ajut d'altres companys especialistes o generalistes, però el cirurgià mai ha de quedar-se tancat al quiròfan fent de pur mecànic. El cirurgià, d'acord amb Deaver,³ ha de saber quelcom més que un metge, no pas quelcom menys. Els cirurgians hem de mantenir aquesta defensa dels nostres diversos components –teòric, mèdic i de terapeuta del pacient amb una malaltia quirúrgica– pel bé del malalt i el progrés de la biomedicina. No hi ha dos malalts iguals; l'èxit o fracàs d'una intervenció no es basa solament en el fet d'arribar a un diagnòstic correcte i encertar en l'estratègia i la tàctica quirúrgica apropiades al cas i fer bé la tècnica quirúrgica –que és certament l'essencial–, sinó també en aspectes inherents al malalt (el seu estat general, les patologies de base –sense oblidar el seu estat anímic– i també altres elements encara desconeguts), que fan que una mateixa intervenció vagi bé en un malalt i malament en un altre. La constant recerca de respostes a qüestions no resoltes, mirjançant l'anàlisi de situacions experimentals –cirurgia experimental– aporta el gran suport per a l'avenç de les àrees d'interès quirúrgic.

Evolució científica de la cirurgia

L'evolució científica de la cirurgia –i de tota ciència– es deu a la superació de la resistència als tractaments “quasi dogmàtics” de les grans tradicions mèdiques. Per exemple, Ambrosio Paré va aprendre humilment la lliçó que li va donar la natura quan va observar que les ferides de guerra milloraven malgrat que no les hagués pogut cauteritzar amb oli bullent –com es feia aleshores–, i així va començar, el 1536, la cirurgia moderna. Un altre exemple és el de l'espanyol Bartolomé Hidalgo, que al segle XVI va tancar les ferides amb la cicatrització *ad primam*.

Alguns cirurgians que han aconseguit una fita històrica en l'avenç de la cirurgia són:⁵ Giovanni Battista Morgagni, que el 1761 va publicar *De sedibus at causis morborum*, on insistia que l'observació clínica ha de guardar correlació amb els descobriments de la necròpsia; John Hunter, que va aconseguir que les escoles d'anatomia i cirurgia de Londres adquirissin categoria legal el 1745; Lister, catedràtic de cirurgia de Glasgow el 1861, que va aplicar els descobriments de Pasteur i es va adonar de la importància de l'asèpsia i l'antisèpsia; Bassini; Halsted; Mac Burney; Murphy; Billroth; Claude Bernard; Kocher; Alexis Carrel...⁶ Tots aquests noms són anteriors al segle XX. Durant el segle XX molts cirurgians han aportat innovacions a la cirurgia, i encara n'aporten.

Alguns dels avenços en cirurgia que considero més importants són els següents:

La superació de les antigues tradicions “intocables” falsament científiques i els tabús, com ara la prohibició de la dissecció de cadàvers, amb el consegüent desconeixement de l'anatomia.

Els avenços de ciències afins, com ara l'anestèsia, l'hemostàsia, la fisiologia, la farmacologia, la immunologia, la biologia molecular, la genètica, la proteòmica, etc. L'anestèsia de

Morton, el 1846, fou ràpidament acceptada per la disminució del dolor que suposava, però l'acceptació de l'antisèpsia amb Lister, a finals del segle XIX, va ser problemàtica –van sorgir listeròfobs–; això demostra la necessitat d'estar oberts, encara que amb esperit crític, als avenços científics i de les ciències mèdiques bàsiques.

La revolució científicotecnològica amb els avenços espectaculars i constants de la cirurgia actual: la millora dels procediments diagnòstics i terapèutics, l'instrumental quirúrgic sofisticat, el naixement de la cirurgia dels trasplantaments, la cirurgia laparoscòpica, la cirurgia robòtica, la telecirurgia, etc.

No puc deixar d'esmentar en aquest punt que l'any 1954 es descriu el primer trasplantament de ronyó al món i l'any 1965, a Catalunya (i a Espanya) gràcies als professors Josep M. Gil Vernet i Antoni Caralps, membres d'aquesta Acadèmia. L'any 1963 Starzl va fer el primer trasplantament hepàtic al món, i el primer a Catalunya (i a Espanya) va ser l'any 1984. L'any 1967 Christian Barnard⁸ va fer el primer trasplantament de cor; malauradament el pacient va morir al cap de pocs dies. A Catalunya (i també a Espanya) va ser el Dr. Josep M. Caralps el primer a aconseguir, l'any 1984, un trasplantament de cor amb èxit, precedit pel controvertit trasplantament fet pel Dr. Martínez Bordiú, a Madrid, l'any 1968, que va reeixir unes hores.

Aquests i altres avenços ja no són atribuïbles a l'acció exclusivament d'una sola persona sinó al treball d'equips pluridisciplinaris (en què l'èxit de la cirurgia depèn dels avenços en farmacologia, anestèsia...) i a la biotecnologia. Un exemple d'això és l'aparició, el 1989, de la cirurgia laparoscòpica, i la seua millora constant, que ha representat la darrera innovació tecnològica de gran acceptació social.⁹ L'objectiu del cirurgià en els nostres dies, a més de la finalitat terapèutica, és aconseguir que la seva ciència i art abasti els camps diagnòstics, fisiopatològics, profilaxis i pal·liatius.

Per tant, es fa necessària l'*especialització quirúrgica* davant la complexitat dels avenços tècnics, atès que és impossible que una persona sola els pugui arribar a dominar tots. Ja no existeix el cirurgià "tot terreny"; ni el malalt el vol. Per a una operació a la mà el pacient voldrà un cirurgià especialitzat en la mà, i no un cirurgià ortopèdic qualsevol. Guiats pel que ens demana la societat a la qual servim, el cirurgià generalista és necessari en les situacions en què s'accepta un resultat "menys òptim", com ara en urgències en hospitals no terciaris, que no disposen de totes les especialitats. La mateixa guia de formació d'especialistes de cirurgia general i digestiva estableix uns esglaons de coneixements i habilitats.¹⁰

La investigació aplicada a resoldre problemes dels malalts també ha obligat al naixement de les especialitats quirúrgiques i, avui dia, de les àrees d'especial interès o subespecialitats, per aconseguir millors resultats en el tractament dels malalts; així, tenim la cirurgia colorectal, endocrina, esofagògica, hepàtica, i d'altres possibles.^{7,11}

L'habilitat tècnica és essencial i nuclear per al cirurgià, però sola pot fer caure en aberracions. Ha d'anar acompanyada pels coneixements previs, amb la qual cosa es transforma en una forma elevada d'expressió intel·lectual. Podem aplicar a la cirurgia la formulació de Leonardo da Vinci que la pintura és cosa mental i dir que la cirurgia és cosa mental: "Les mans són els

ulls del cirurgià”, com s’expressa en l’emblema de la Societat Catalana de Cirurgia, i, a més, són les servidores de la ment. La tècnica està amarada de pensament, com deia Marañón.⁵

Evolució humanística

Els reptes de la medicina d’avui han fet superar el paternalisme hipocràtic i han conduït a l’adulthood del malalt, el qual –si no es demostra el contrari, i penso en menors d’edat, dements...– té drets i és agent autònom. La comunicació entre el metge i el malalt és essencial. Aquesta comunicació ha de ser honrada, i ha de fer el possible per conèixer, sempre que sigui possible, els valors i les preferències del malalt envers les diverses possibilitats. Evidentment això demana temps, escoltar el que el malalt ens diu i mirar de comprendre les seves possibles pors i resistències. Per una altra banda, no podem caure en la solució aparentment fàcil de convertir-nos en servidors de postures irracionals. Llevat de casos d’urgència, el cirurgià –com el clínic– ha de tenir temps per donar explicacions i comunicar-se amb el malalt.

Sir Donald Irvine –metge generalista que ha estat president del British Medical Council, la institució democràtica que controla l’exercici de la medicina al Regne Unit, i que evidentment no està formada exclusivament per metges ni tampoc està sota el poder polític del govern de torn– va publicar l’any 2003 el llibre *The Doctors’ Tale. Professionalism and Public Trust*,¹² on descriu l’evolució de la professió mèdica –especialment durant els darrers trenta anys– i com es canvia d’una postura preocupada pel prestigi propi i de classe privilegiada, amb tendència sistemàtica, a la defensa de la pràctica clínica enfront d’altres professionals, de la pràctica individual i de la conducta clarament paternalista, fins al moment actual. És a finals del segle XIX que es produeix un canvi important en la pràctica de la medicina, quan es passa a la divisió de la feina entre el metge de capçalera –que es queda amb el pacient– i el metge d’hospital –especialista i cirurgià–, i apareix el metge consultor. La professió és regulada pel General Medical Council, que registra i dóna llicència per poder exercir la medicina.

Durant els anys setanta del segle XX s’accentua el canvi; es professionalitza la formació continuada, es millora la formació especialitzada i l’atenció primària, i ja es parla de necessitat de la recertificació o revalidació de la competència professional.

En els anys vuitanta apareixen amb força els drets del pacient, els grans descobriments científics i tecnològics, la preocupació pel cost de l’atenció sanitària i l’increment de dones metgesses. La rendició de comptes del metge a la societat –*accountability*– es veu com una obligació, així com la transparència i la detecció dels professionals incompetents; s’entén per *competència* els coneixements i les habilitats, i per *pràctica* –*performance*–, la descripció de la manera com el metge fa la feina assistencial. (Un metge molt competent pot fer una mala pràctica, però un incompetent mai la farà bona.) Apareix el concepte de qualitat, el treball interdisciplinari –amb les infermeres–, el canvi de currículum (Tomorrow’s Doctor) i la promoció d’estàndards de bona pràctica assistencial (Good Medical Practice), i s’afronta la pràctica deficient.

El mateix Dr. Donald Irvine ens diu que professió mèdica ha de demostrar la bona pràctica clínica i ha d’inspirar el canvi, que pertoca als agents socials (parlament –legislador–, govern, mitjans de comunicació, la professió mateixa). Per garantir una bona pràctica mèdica

cal definir estàndards clars, tant generals com específics; garantir una regulació mèdica efectiva en l'àmbit local, basada en la pràctica de la garantia de qualitat; i promoure mecanismes eficients, locals i centrals, per fer front a la mala pràctica: per exemple, la recertificació.

Per demostrar de manera periòdica que el metge manté al dia els coneixements i les habilitats de l'especialitar que exerceix, la revalidació és fonamental, per a la qual cosa cal un canvi de cultura del metge. La majoria dels metges volen el millor per als seus pacients, fins i tot a costa dels seus interessos i necessitats personals. Però la cultura mèdica no ha canviat en molts aspectes importants en la mateixa direcció que ho ha fet la societat.

La confiança metge-malalt és nuclear en aquesta relació, i no decebre-la és la gran responsabilitat nostra. La cultura del malalt és un important element que s'ha de tenir en compte. Cada dia hi ha més malalts que es connecten a Internet, s'informen i parlen amb malalts de tot el món que tenen la mateixa patologia. Empíricament poden saber més de la seva malaltia que el metge i estar més al dia. Ens hem de preparar per a les preguntes dirigides en aquest sentit i aconsellar el malalt basant-nos en la nostra experiència i els nostres coneixements.

La cirurgia —com hem recordar abans— és una professió, i, per tant, té uns béns interns, un *èthos* professional. Reflexionar sobre aquests béns interns és molt important, ja que són els que han de definir el nostre quefer diari i donen sentit a la nostra professió. Hem de saber les metes de la professió i desenvolupar unes habilitats o virtuts —o *areté*, com deien els grecs, que vol dir 'excel·lència'. Sempre hem de tendir a cercar l'excel·lència; no podem quedar satisfets fins a aconseguir la perfecció, i com que això és impossible, sempre hi hem de tendir —per això, la formació continuada és una obligació moral del metge.

Present i prospecció de futur

L'aplicació del mètode científic a la medicina i la cirurgia ha aconseguit anar deixant tractaments menys efectius en benefici d'altres de més eficaços. Un cop sotmesos a la crítica poden ser novament superats per altres. En les darreres dècades la medicina basada en l'evidència, o en proves, ajuda a prendre decisions sobre els millors tractaments.¹⁴

Amb la investigació biomèdica s'han obtingut potents medicacions que milloren l'anestèsia i possibiliten un gran avenç de la cirurgia. No podem oblidar, tampoc, que les medicacions immunosupressores permeten els trasplantaments, i els antibiòtics, la prevenció o la superació d'infeccions, amb la qual cosa la cirurgia pot "fer recanvis" d'òrgans i implantar material protètic.

El avenços de la investigació tecnològica han permès crear el mal anomenat *quiròfan intel·ligent*, pel fet que està informatitzat. La cirurgia laparoscòpica ha suposat una revolució en l'últim decenni del segle XX, i encara evolucionarà més. En el futur, la informàtica —unida a la robòtica— donarà lloc a nous canvis revolucionaris en la pràctica quirúrgica. Les intervencions es programaran i s'assajaran virtualment gràcies a la integració dels recursos multimèdia i la multiinterdisciplinarietat. Les tecnologies diagnòstiques per la imatge integrades digitalment permetran una programació personalitzada de cada operació, les vies d'abordatge millors, les variants personals anatòmiques i els canvis que provoca la malaltia.^{15, 16, 17, 18}

Durant la intervenció quirúrgica, el quiròfan informatitzat i robotitzat amb instrumental sofisticat permetrà disminuir molts problemes de variabilitat quirúrgica, possibles errades o defectes de visió, d'accés a la zona operatòria, i així s'evitaran hemorràgies i lesions de conductes i òrgans.

L'enginyeria biogenètica ens permetrà l'elaboració de medicaments especialitzats per a cada malalt, així com la dosi que en necessita. Això obrirà noves portes a la cirurgia del trasplantament i a la modulació en el postoperatori de l'agressió quirúrgica, dels mecanismes de coagulació, entre d'altres millores. En el postoperatori els controls automatitzats i les medicacions personalitzades milloraran la recuperació quirúrgica del malalt, ja menys agredit, més ben controlat durant l'anestèsia.

Es podrà, així, donar a cada malalt informació acurada sobre els riscos del procediment quirúrgic, els seus resultats i la morbmortalitat.

No és agosarat aventurar la propera aparició de productes que soldaran teixits com si fos sin pega, amb la qual cosa s'evitaran sutures i la consolidació de les fractures serà molt més ràpida.¹⁹

Donat que les innovacions en la ciència segueixen el paradigma de l'estructura de les revolucions científiques descrit per Kuhn,²⁰ fins que la comunitat no accepta la innovació aquesta no queda validada; i encara que sigui bona, durant un temps l'anterior paradigma continua vigent i les recerques l'avalen, sempre amb "excepcions" que no tenen explicació fins que aquest nou paradigma les explica.

Les novetats quirúrgiques fan que el cirurgià dubti entre l'acceptació del canvi —amb el risc que comporta i els dubtes inicials sobre l'eficàcia— i el manteniment en la tècnica ja coneguda. Una nova mentalitat oberta a les innovacions, però centrada en el benefici del malalt concret, serà l'actitud del comportament ètic indispensable. Així evitarem que el cirurgià aprengui fent mal als primers malalts i també que quedi desfasat. D'aquesta manera faríem un tort als malalts, que no es podrien beneficiar de la nova tecnologia.

Resulta evident la gran importància de la *formació del metge* i del *vessant ètic* de l'exercici professional de la medicina.

L'experiència quirúrgica és molt important. Per adquirir-la és necessari haver practicat moltes intervencions semblants que donin l'habilitat per enfrontar-se a un cas i solucionar una situació inesperada o una complicació. Però a més de l'experiència en la intervenció quirúrgica concreta, també és important conèixer els aspectes tècnics al detall per lesionar mínimament el teixit amb l'ús, per exemple, de l'instrumental concret especialitzat.

En lloc de delimitar camps estancs entre els especialistes és millor anar replantejant els límits de les especialitats periòdicament a mesura que avança la biotecnologia. La creació d'àrees d'especial interès pot ser una bona manera d'atansar-se a aquest problema des del punt de vista d'excel·lència professional. L'acreditació de competència professional és d'importància cabdal.

II. Reptes de la docència de la cirurgia al segle XXI

Formació

Tot metge té l'obligació deontològica d'ensenyar, i de fer-ho desinteressadament. Aquest fet és residual avui dia en un món capitalista, on es practica la medicina privada i existeix un mercat competitiu que comença a qüestionar aquesta obligació comparant-la amb les patents o els secrets de les recerques farmacològiques i el cobrament dels corresponents cànons. Els metges acceptem de bon grat col·legues que vinguin a veure les nostres tècniques quirúrgiques i les aprenguin, encara que després s'estableixin amb la seva consulta i ens facin la competència.

El professor universitari té, a més, el deure –i per això exerceix aquesta professió– d'organitzar la docència i d'impartir classes teòriques i pràctiques als alumnes de pregrau i també de postgrau i col·laborar en la formació continuada, a més de fer recerca.

Tot cirurgia ha d'ensenyar, però no és el mateix en el pregrau, que correspon més als professors universitaris, que en el postgrau o especialització, amb el necessari aprenentatge tècnic del tractament manual o instrumental en el quiròfan.

En les facultats de Medicina ens hem de preguntar quines són les nostres metes, els nostres objectius docents. Queda clar que els llicenciats en Medicina no poden saber de les especialitats més que l'essencial, ja que no poden abastar tants coneixements. Quan els professors hem tractat de definir les competències finals que volem que tinguin els nostres estudiants, se'ns fa difícil cedir protagonisme de la pròpia assignatura en favor d'una altra –amb el que comporta de pèrdua de crèdits i, per tant, de professorat i de pressupost.

Per aconseguir una bona definició dels objectius de la medicina s'han de consultar els *stakeholders*, els públics d'interès. Segons el Hasting Center Report, publicat el 1996,²¹ els objectius docents del metge generalista són:

- Prevenir la malaltia i les lesions, i promoure i mantenir la salut;
- Alleujar el dolor i el sofriment provocat per la malaltia;
- Assistir i curar els malalts i tenir cura dels que no poden ser guarits; i
- Evitar la mort prematura i vetllar per una mort en pau.

Cirurgia de pregrau

El professor de cirurgia de pregrau no ha de tenir, doncs, l'objectiu d'ensenyar als alumnes a operar, ni molts coneixements de malalties, ja que si volen ser cirurgians ja faran l'especialització en el postgrau. En el pregrau s'han d'adquirir els coneixements actuals de les bases científiques de la cirurgia i la fisiopatologia, s'ha d'aprendre a diagnosticar correctament, s'ha de saber establir unes precises indicacions terapèutiques i s'han de conèixer els elements essencials del tractament quirúrgic, a més de les pràctiques quirúrgiques elementals. Les facultats de Medicina del Regne Unit van consensuar junt amb el General Medical Council el document *Tomorrow's Doctor*, que defineix les línies essencials dels programes de la llicenciatura de Medicina, així com els resultats –*outcomes*– o competències dels graduats.²²

La Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida²³ i la de Barcelona²⁴ hem definit i publicat les competències professionals a assolir en el període de formació de pregrau. també, amb l'Agència de Qualitat del Sistema Universitari Català, les Facultats de Medicina de Catalunya estem definint el perfil professional dels Llicenciats en Medicina de les Universitats Catalanes i les seves competències professionals.

Cursos de doctorat

Tot professor universitari ha de fer recerca en major o menor mesura. En sentit ampli, tot merge també ha d'investigar, si entenem *investigació* com a observació i anàlisi de la pràctica professional amb ulls de curiositat, indagació del perquè dels esdeveniments i cerca de la millora dels resultats.

La recerca bàsica és indispensable per a la creació del coneixement, però s'ha de fer recerca aplicada, portar-la a la pràctica, s'ha d'innovar per crear riquesa. La recerca translacional és especialment important en medicina, ja que l'aplicació dels descobriments és allò que millora la salut i la qualitat de vida de les persones.

El professor, a més, ha de impartir cursos de doctorat, en els quals pot ensenyar la metodologia de la recerca i aprofundir en un camp determinat del saber quirúrgic per contribuir a l'avenç de la medicina i la cirurgia, i ha de dirigir projectes de recerca que condueixen a la tesi doctoral, o capacitació plena per a la recerca. També ha d'organitzar cursos de postgrau i d'especialització i màsters, per aprofundir en un aspecte pràctic determinat de la cirurgia.

La *metodologia docent* és molt important i ha estat molt abandonada pels professors universitaris. De fet, per accedir a una plaça de professor no se'ns demana coneixements de pedagogia.

Així com existeix la medicina basada en l'evidència, s'està introduint l'ensenyament basat en l'evidència.²⁵ Hem de ser crítics amb la manera com transmetem els coneixements; hem de conèixer els resultats de la nostra docència, no només en l'examen final escrit o tipus test, sinó en el que realment ha après l'estudiant –que persisteix molt més temps que no pas els pocs dies al voltant de l'examen– i en l'hàbit d'autoaprenentatge que ha adquirit –ja que els coneixements canvien molt ràpidament. A més, hem d'estar preocupats pel nostre èxit com a

professors; és a dir, el resultat: el nombre d'alumnes que aproven i suspenen, per què suspenen –i, si és possible, mirar de trobar-hi una solució personalitzada.

No tots els mètodes d'aprenentatge són igualment eficaços. Igual que existeix la investigació en medicina i cirurgia, existeix la investigació en psicologia de l'aprenentatge. Crec que no existeix un mètode ideal d'ensenyament, sinó que tots tenen qualitats i defectes. Avui dia està guanyant adeptes el mètode de l'ensenyament basat en problemes, amb contacte des de primer de Medicina de l'alumne amb el sistema sanitari i el malalt, i amb participació activa en petits grups guiats pel tutor, amb integració de les ciències bàsiques i clíniques. L'avaluació dels plans d'estudis fent recerca en docència fa que aquesta millori, és a dir, es vol aconseguir que el major nombre d'alumnes adquireixin el major grau de coneixements, habilitats i actituds per a l'exercici de la medicina i que tinguin les bases per a l'especialització amb el màxim interès i que aprenguin de la manera més gratificant possible. Sabem que els alumnes sobreviuen a qualsevol pla d'estudis que els posem, però hem d'aconseguir el millor, el menys costós.

Sabem que oblidem el que sentim, recordem el que veiem i comprenem el que fem. Aquest principi queda reflectit en la piràmide de Miller:²⁶ si hom sap, coneix; si hom sap fer, és capaç; si hom explica, executa; i si hom fa una cosa, la posa en pràctica.

Els objectius de l'ensenyament els hem de fixar de manera clara, ja que, com escriu Adela Cortina, "la ciència que perd de vista els seus objectius es converteix en ideologia".²⁷

Hem d'aconseguir que l'estudiant arribi a tenir competència clínica, que es compon de diversos elements: coneixements obtinguts de les ciències bàsiques i clíniques; habilitats mèdiques de recollir dades amb capacitat de comunicació i de fer les exploracions físiques i escriure-les en la història clínica; seleccionar les dades de laboratori necessàries i saber interpretar-les; tenir judici clínic i capacitat de resoldre problemes; tenir pràctica en situacions d'emergència; elaborar informes clínics i presentar casos clínics; tenir interès per la medicina preventiva, per l'autoaprenentatge i l'ensenyament; i tenir actituds d'empatia, comunicació amb el malalt i l'equip, responsabilitat, sociabilitat, respecte dels drets humans en els malalts i ètica professional.

Avaluació

En tot procés d'aprenentatge l'avaluació és essencial per la seva profunda repercussió sobre l'alumne, ja que aquest la considerarà important i es prepararà segons siguin els exàmens. Per saber si hem après a fer anar un programa informàtic no hi ha més remei que posar-nos davant l'ordinador i provar-lo. El moment de l'examen també s'hauria de repensar; si resulta que podem treure els punts de la ferida quan està cicatritzada, l'alumne hauria de poder escollir el moment en què es considerés preparat. A la Facultat de Medicina de Gröningen, a Holanda, per exemple, passen els exàmens diverses vegades a l'any i permeten escollir a l'alumne quan el vol fer. Un bon examen no hauria de provocar estrès i hauria de ser pedagògic, lligat al valor de l'exercici professional. Per a això són bons els exàmens complexos, com ara l'*examen clínic objectiu estructurat* (ECOE), que avalua teoria i pràctica alhora.^{28, 29} També és útil per a l'ensenyament i les avaluacions la utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació

i la informàtica, amb els simuladors de casos. Als EUA investiguen en el camp d'exàmens informatitzats seqüencials adaptats a l'alumne, estratificant les preguntes. Però cal avaluar les pràctiques, ja que són molt importants en l'aprenentatge de l'alumne.

El professor Ciril Rozman, insigne membre d'aquesta Reial Acadèmia, és un ferm defensor de la innovació en l'educació mèdica de pregrau, i des de fa anys publica treballs en aquesta direcció.³⁰ Esperem que les facultats de Medicina catalanes sapiguem posar-nos al dia en la formació dels metges del segle XXI.

Formació de postgrau

En la formació de postgrau –en l'especialització– intervenen tots els professionals, tots els cirurgians; lògicament, alguns professors, per exemple, els tutors, hi tenen més responsabilitat. La formació de postgrau amb el sistema de residència no ha canviat des de la seva instauració a l'Estat espanyol, fa uns trenta anys, ni ha estat avaluat. L'examen MIR, porta d'accés al sistema, és solament teòric, i, per tant, forçosament s'ha de posar al dia, s'ha de modificar, s'hi ha d'introduir l'avaluació de competències. La nova Llei d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS)³¹ aborda aquesta necessitat, que s'haurà de posar en pràctica en els propers anys.

Metges residents en cirurgia

Els metges residents en cirurgia han de seguir una guia oficial de formació que pretén homologar en la mesura que sigui possible els continguts teòrics i pràctics de la formació del cirurgià.¹⁰ No obstant això, s'han d'aplicar metodologies didàctiques adaptades al servei hospitalari en el qual roda el resident, que hauria d'anar canviant de servei i d'hospital amb l'objectiu d'establir una veritable xarxa entre els diferents nivells assistencials que li donessin la formació adequada (dirigida i tutelada per la societat científica, la responsable última de donar el títol, per delegació de l'Administració). D'aquesta manera, a més, interconnectant professionals de diferents hospitals fomentarem la millora de la qualitat assistencial.

Amb l'aprenentatge el cirurgià ha d'obtenir uns coneixements teòrics de diverses disciplines; unes habilitats pràctiques –no només de tècnica sinó també d'art i creativitat, de comunicació amb el malalt i d'ètica mèdica–; unes actituds d'humanisme, d'esperit científic, d'autoaprenentatge constant, d'humilitat davant el malalt i els companys, de capacitat de prendre decisions ben fonamentades en situacions d'incertesa i amb rapidesa, d'exigent atenció davant els detalls i d'autocontrol –amb capacitat d'actuar davant l'estrès amb seguretat i eficàcia–; i, finalment, la capacitat d'assumir responsabilitats de direcció i coordinació de l'equip.

El procés de l'aprenentatge de les tècniques quirúrgiques requereix una molt ben programada delegació progressiva de responsabilitats, sempre sota la direcció, el control i la responsabilitat del cirurgià tutor. El cirurgià expert ha de conduir el novell fins que aquest no ha après la tècnica i ja pot aplicar-la sol, amb la qual cosa ha deixat enrere la corba d'aprenentatge, molt perillosa per al malalt.

El sistema de formació de residents en cirurgia al nostre país necessita una important reforma organitzativa per adaptar-lo a la realitat de l'activitat quirúrgica i la capacitat docent i de recerca dels diferents serveis quirúrgics i centres hospitalaris.

Com podem estar al dia en coneixements teòrics i habilitats tècniques, tenint en compte els ràpids avenços d'avui?

En primer lloc, hem de dedicar una mica de temps a aprendre a utilitzar les noves tecnologies de la informació, a través de cursos ben programats i personalitzats amb moderna pedagogia sobre tècniques informàtiques —ús de l'ordinador i dels principals programes: processament de textos, presentacions, navegació per Internet; obtenció d'informació; intercomunicació en xarxa; videoconferències...

En segon lloc, hem d'estudiar críticament els treballs amb les novetats mèdiques i quirúrgiques, i n'hem de seleccionar les que creguem que són importants. Hem d'assistir a congressos i parlar amb els descobridors, aprendre'n els trucs i conèixer els problemes no exposats en el treball publicat. Hem de comprovar *in situ* el que s'ha exposat i aprendre la tècnica innovadora. També hem de convidar el professor cirurgia perquè vingui a operar als nostres quiròfans per tal que ens ensenyi la nova tècnica.

Formació continuada

L'exercici de la medicina i de la cirurgia exigeix, des del punt de vista professional, la necessitat de la formació continuada, especialment per a l'adquisició de noves habilitats quirúrgiques, donades les constants novetats biotecnològiques. La formació continuada és una obligació professional i ètica, ja que tot metge és per definició —i així s'ha de saber transmetre en els estudis de pregrau i de postgrau— un aprenent durant tota la vida (*life-long learner*). Tots volem millorar la nostra pràctica, i els cirurgians —que per la nostra especialitat treballem en centres assistencials amb altres col·legues— tenim l'ambient propici per voler aprendre contínuament i tenim també els mitjans per identificar les nostres necessitats de formació.

Avui és impensable que ningú encara es consideri bon cirurgià si no s'adapta a les noves tecnologies i als nous avenços biomèdics —que són multidisciplinaris i comprenen aspectes tan diversos com la biologia molecular, la farmacologia i l'enginyeria biomèdica, d'una banda, o l'ètica i els costums multiculturals de la societat i les noves relacions clíniques entre els professionals de la salut i els malalts i els seus familiars, de l'altra.

Especialització

Des del punt de vista científicotècnic —després d'una formació bàsica en cirurgia general que inclogui les bases científiques i biològiques de la cirurgia—, es fa necessari, doncs, arribar a l'especialització o subespecialització en àrees de capacitació específica, ja que el cirurgià "tot terreny" ha passat a la història.

Certament, per a la pràctica de la medicina i la cirurgia és essencial tenir els coneixements, les habilitats i les actituds adients. Als EUA la Joint Commision for Accreditation of Hospitals reconeix mitjançant diplomes acreditatius la possessió dels anomenats *privilegis terapèutics*. Després de presentar les proves pertinents (adquisició de crèdits d'autoformació, aprenentatge de la tècnica en un altre centre ja acreditat, etc.), s'atorga al cirurgià un diploma que l'acredita per practicar una tècnica quirúrgica concreta per un període de temps limitat. Així, hi haurà cirurgians que podran operar colecistectomies, sigui laparoscòpiques o bé obertes. Quan s'arribi al temps límit previst, s'haurà de revalidar el diploma acreditatiu, i s'haurà de demostrar una experiència, uns resultats, un reciclatge, etc.³²

Per tot això, tota institució sanitària ha de tenir una organització dedicada a la formació continuada dels seus professionals de la salut; ha d'ajudar-nos –als cirurgians– a omplir aquesta obligació sentida de posada al dia i de millora en els diferents procediments. S'ha de planificar basant-se en les necessitats dels cirurgians i del sistema sanitari, així com en la necessitat d'obtenir un benefici efectiu d'aquesta formació. Els gestors dels hospitals han de tenir-ho en compte a l'hora de fer les programacions anyals.

La metodologia docent que s'ha d'utilitzar pot ser variada. Segons Shön³³ s'ha de basar en l'aprenentatge a partir de l'experiència. L'expert adquireix coneixements en la seva acció quirúrgica. D'aquesta acció quirúrgica sorgeix la sorpresa, que empeny l'expert a la reflexió durant l'acció, consegüentment el porta a l'experimentació i, de nou, a la reflexió sobre l'acció, la qual cosa li dóna el coneixement en acció. S'aprèn a partir de dos eixos: l'horitzontal, que és el de l'acció-reflexió; i el vertical, que és el del binomi concret-abstracte.

Hem de tenir en consideració tot això que acabo de dir davant els coneixements aplicats. La metodologia docent s'ha de centrar en l'autoaprenentatge, en l'ensenyament centrat en la persona que aprèn. Aquest ha d'identificar les seves necessitats i objectius, planificar el seu propi aprenentatge, realitzar-lo, avaluar-lo i tornar a planificar-lo.

Hem d'ensenyar a aprendre a aprendre. El cirurgià ha d'aconseguir l'expertesa. El màxim d'expertesa s'assoleix quan s'aconsegueix la capacitat de presa de decisions intuïtivament, així com l'organització del treball i la comprensió de la situació, sense haver de recórrer a processos analítics.

Schön defensa la teoria del professional reflexiu, és a dir, a favor de processos intuïtius amb els quals els professionals fan front a situacions d'incertesa, inestabilitat, unicitat i conflicte de valors que es donen en el món real, molt difícils de tractar amb la racionalitat tècnica del coneixement professional positivista.

El nombre d'operacions que un cirurgià fa al cap del mes és important per al seu nivell de competència. És evident que operar una patologia determinada quatre vegades a l'any no permet estar tan preparat com si l'operes una vegada a la setmana. Per això s'han fet necessàries les acreditacions de competència professional actual.

Aquest és un aspecte que no s'ha de deixar exclusivament a la iniciativa personal. S'han d'organitzar classes, cursos teòrics i pràctics, s'han de facilitar ajuts per a estades obligatòries en altres centres d'excel·lència per aprendre noves tècniques o posar-se al dia en tractaments

i maneig del malalt. Així s'aconseguirà un alt nivell de competència de tots els cirurgians garantit per l'organització.

Amb la telemedicina podem tenir més fàcil accés a la medicina basada en proves i a les innovacions tècniques.

Aprentatge i assaig de noves tècniques quirúrgiques i corba d'aprenentatge

Resulta evident que la cirurgia, com tota activitat humana, s'ha d'aprendre. Però, a diferència d'altres especialitats mèdiques, la nova tècnica quirúrgica es prova amb malalts al quiròfan.

La innovació és una intervenció no acceptada com a estàndard pels professionals i la comunitat i que no ha demostrat els nivells adequats de seguretat, precisió i familiaritat (tant per als pacients com per a l'equip quirúrgic) amb els seus efectes, efectes secundaris i complicacions.

Hi ha pacients heroics que accepten el risc de ser els primers a provar noves tècniques. Altres vegades, els malalts accepten les noves tècniques –fins i tot, les demanen– quan no tenen altra sortida per guarir-se; aquest fet implica que es necessita més que el consentiment del malalt per declarar ètica una innovació o recerca mèdica. Però quina culpa en tenen els primers malalts als quals s'aplica aquesta nova tècnica? És necessària la investigació clínica bàsica amb la consegüent supervisió dels comitès ètics d'investigació clínica.

L'índex de mortalitat dels 46 primers trasplantaments de pulmó realitzats des de 1963 fins a 1982 era del 80% als 18 dies, i la supervivència, del 0% a l'any; mentre que l'any 1990 la supervivència va passar a ser del 45%.³⁴

Al començament de la utilització d'una nova tècnica existeix la corba d'aprenentatge, que pot tergiversar la bondat d'una nova tècnica, a causa d'uns resultats inicials pitjors que podrien inclinar la balança a favor de deixar-la de banda. Bull,³⁵ l'any 2000, demanava que s'utilitzés un model matemàtic predictiu per extrapolar els resultats d'una nova tècnica quirúrgica per a quan ja s'hagués après, i així es pogués saber abans si cal continuar treballant-hi. Un altre mètode proposat és utilitzar estudis de seguiment seguint la metodologia dels estudis randomitzats controlats planificant i coordinant els protocols flexibles amb anàlisis intermèdies estandarditzades dels resultats. Un altre sistema per disminuir els riscos de les corbes d'aprenentatge és que diversos equips quirúrgics treballin alhora i s'intercanviïn constantment la informació. Així, les errades d'uns no les cometran els altres.

Corba d'aprenentatge

La corba d'aprenentatge és un problema per al cirurgià. Resulta evident que hem d'aprendre noves tècniques, però també que el sofriment del seu aprenentatge no hauria d'afectar

el malalt. Com ho podem aconseguir? Com podem reduir al mínim el risc per al malalt i aprendre en el mínim temps possible la nova tècnica?

Hi ha diverses maneres d'aconseguir-ho. L'aprenentatge tutelat amb una progressiva adquisició de responsabilitat i direcció de la intervenció quirúrgica és una bona manera. És necessari organitzar tutories dirigides pels cirurgians ja experts. Qui vulgui implementar en els seus malalts la nova tècnica ha d'haver participat en un nombre suficient d'operacions –assistint-hi i ajudant-hi. Per això és molt bo organitzar xarxes entre serveis i centres, que redueixin al mínim l'“egocentrisme” del cirurgià que aprèn, de manera que en la introducció de noves tècniques mai s'utilitzi un sol malalt com a mitjà, sinó que tots tinguin les màximes garanties de qualitat i seguretat.

Altres mètodes són les auditories quirúrgiques, les conferències sobre morbiditat i mortalitat freqüents –si és possible, diàries–, la confiança, la transparència, l'aprenentatge continu i la millora, amb l'objectiu d'aprendre dels errors, reconèixer els problemes, estar avisats dels riscos i les limitacions del sistema i dels individus i estar preparats per fer-hi front.³⁶

En els darrers anys la cirurgia ha viscut una revolució. L'aparició de la cirurgia laparoscòpica com a nova modalitat d'abordatge quirúrgic miniinvasiu, que requereix un equipament sofisticat,¹⁵ representa un canvi molt important; no és només una nova modalitat tècnica. És com si un jugador de futbol passa a jugar a tenis. La pilota és rodona, pot aprendre les regles del joc llegint un llibre o veient vídeos, però ni que fos el millor futbolista no encertaria el cop a la primera.

Aquest fet ha provocat moltes errades mèdiques, complicacions quirúrgiques i, fins i tot, mortalitat per manca d'habilitat quirúrgica. L'aprenentatge d'aquesta nova modalitat quirúrgica requereix paciència, entrenament (començant fora del quiròfan, en laboratoris d'habilitats, i després practicant amb animals); cal fer-se ajudar, com si es tornés a ser un novell resident, per un altre cirurgià ja expert, que generalment és més jove. En definitiva, s'ha de tornar al començament de l'aprenentatge quirúrgic, cosa que per a alguns cirurgians experts ha estat molt difícil –també trobar el temps–, la qual cosa ha provocat alguns greus ensurts.³⁷

Recentment la Societat Americana de Cirurgians Colorectals ha enviat un escrit als seus membres en què recull la comparació dels resultats que ja s'han assolit operant el càncer de còlon per via laparoscòpica i per via oberta, la clàssica. S'havia recomanat deixar d'operar mitjançant la laparoscòpia fa deu anys, ja que s'havien publicat recidives precoces i implants tumorals peritoneals. Ara s'ha demostrat que no hi ha diferències entre els dos grups si la cirurgia laparoscòpica la practiquen cirurgians amb experiència; per això, abans d'operar un càncer exigeixen que s'hagin practicat abans almenys vint reseccions de còlon per via laparoscòpica en cirurgia de patologia benigna i amb supervisió.³⁸ Segueixen aquests passos els cirurgians del nostre país?

Una vegada més, les actituds d'humilitat i de fer prevaler l'interès del malalt demostren la seva importància. Tractaré en el següent apartat la professionalitat del metge i el cirurgià.

III. L'exercici professional de la cirurgia en l'actualitat. La professionalitat

La percepció social dels cirurgians i metges és que som professionals orientats al servei de la societat i no només al benefici propi —per legítim que sigui—, que tenim un codi ètic propi, més estricte que el de la societat en general. Per això ens dóna uns privilegis, com ara el de l'autonomia per controlar el contingut tècnic del nostre treball i el del monopoli per exercir-lo.

Tenim la responsabilitat de fer-nos creditors de la confiança social per la qualitat del nostre treball i pel respecte als pacients. Hem de procurar complir la nostra obligació de retre comptes a la societat de manera entenedora, donant totes les satisfaccions que aquesta espera i més, si cal. El professional exerceix, abans de res, un servei a la societat com a resposta a una crida interior que anomenen *vocació*, a la qual dedica la seva vida. Té el dret legítim del reconeixement.

Una característica molt important de les professions és la recerca de l'excel·lència, és a dir, voler ser millors cada dia, amb més coneixements, habilitats i actituds vers la societat en l'especialitat que els pertoca.

Per accedir a la millora contínua de la qualitat de l'exercici professional és necessària una actitud d'humilitat, deixar-se interpel·lar, acceptar el control de les activitats. Un bon professional no és solament un bon tècnic, sinó algú que actua segons els valors propis de la seva professió. Des de finals del segle XX la societat exigeix aquest control.

Al Canadà, per exemple, els futurs cirurgians han de tenir una sèrie de competències,³⁹ que són, de fet, exigències ètiques de la professió en general i dels individus que aspiren a l'excel·lència professional. Les competències del cirurgià canadenc són les següents:

1. Expert cirurgià i prenedor de decisions: diagnosticar i tractar els malalts de manera ètica i efectiva, tenir coneixements rellevants sobre la pràctica clínica, demostrar respostes efectives a consultes sobre l'atenció als malalts, educació en la salut i opinions legals.

2. Comunicador: establir relació terapèutica amb el malalt i la família, saber obtenir i sintetitzar la història clínica rellevant, discutir la informació adequada amb el malalt i la família i comunicar-la al sistema sanitari.

3. Col·laborador: consultar efectivament amb altres metges i professionals de la salut, contribuir al treball en equip interprofessional.

4. Gestor: utilitzar els recursos de manera efectiva amb equilibri entre la cura del malalt, les necessitats docents i d'altres activitats; fer servir intel·ligentment els recursos limitats en salut; treballar eficaçment i efectivament en el sistema sanitari; utilitzar les tecnologies de la informació per millorar l'assistència al malalt; i aprendre al llarg de la vida, entre d'altres activitats.

5. Defensor del malalt: identificar els determinants de salut més importants que afecten el malalt, contribuir eficaçment a millorar la salut del malalt i la comunitat, respondre a les qüestions que afecten el malalt quan sigui requerit en defensa d'aquest.

6. Aprenent: autoaprenentatge al llarg de la vida, ser crític amb la lectura científica, facilitar l'aprenentatge dels malalts i els col·legues, contribuir a l'avenç científic.

7. Professional: màxima qualitat com a persona; integritat, honestedat i compassió; tenir comportaments personals i interpersonals apropiats; practicar la medicina de manera ètica.

Des de fa un quants anys estem vivint una transformació de la sanitat que exigeix també un canvi en la manera de concebre la responsabilitat ètica del professional de la salut. Ja no es pot practicar una medicina exclusivament a dos (malalt i metge) sinó que existeix una gran empresa sanitària amb efectes sobre tercers. La nostra responsabilitat ètica és envers la qualitat total i l'excel·lència.

Crec que és important fer notar l'obligació moral que tenim avui dia de prestar atenció a la dimensió jurídica que afecta la nostra professió i, de manera especial, als aspectes ètics, perquè no ens hem de conformar amb ètiques de mínims, ans hem d'aspirar –com a persones i com a col·lectiu– a l'excel·lència professional.

Em permeto ara la immodèstia d'afirmar que treballo seriosament perquè la meua activitat sigui coherent amb el que acabo d'esmentar. He col·laborat en la redacció dels codis de deontologia català i estatal⁴⁰ i en l'elaboració del codi ètic del meu hospital,⁴¹ l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, el primer de l'Institut Català de la Salut a tenir-ne; i encara crec que la col·legiació ha de ser obligatòria, però s'ha d'exigir als col·legis de metges que siguin més rigorosos en l'aplicació del codi de deontologia. És bo que hi hagi unes normes de mínims ètics professionals exigibles a tothom, i unes recomanacions de millor pràctica ètica, que són les normes que no aconsegueixen el suficient suport democràtic per ser obligatòries per a tot el col·lectiu, però que marquen un horitzó de millora i d'exigència.

L'any 2003 es va publicar el Llibre Blanc de les Professions Sanitàries de Catalunya, l'elaboració del qual va ser dirigida pel Prof. Albert Oriol Bosch.⁴² S'hi afirma el següent: "Els valors del professionalisme exigeixen als professionals actuar en benefici dels pacients, millorar i mantenir els estàndards de competència i d'integritat, posar a disposició de la societat el coneixement d'experts i retre comptes tant als pacients i a la societat com a la professió mateixa. Ser capaços de desenvolupar l'esperit crític i la capacitat de judici i el treball en equip interdisciplinari i multiprofessional. Cal que els processos formatius i l'exercici professional fomentin l'adquisició d'aquests valors considerats cabdals per al bon funcionament del sector sanitari. Cal l'adequació quantitativa i qualitativa a les necessitats amb una previsió a 10 anys".

Segons l'esmentat llibre blanc, el perfil del professional del futur ha de comprendre els requisits següents: tenir una bona capacitat de treball i una actitud positiva en el si d'equips interdisciplinaris i multiprofessionals, adquirir el compromís amb l'aprenentatge permanent per aconseguir l'excel·lència, mostrar dedicació i servei als interessos del pacient, tenir consciència de l'abast de les seves decisions quant a la distribució i ús dels recursos i tenir capacitat per liderar la gestió clínica. Proposa incorporar a la formació els valors del professionalisme.

El Dr. Irvine¹² suggereix que el nou professionalisme s'ha de basar en l'orientació positiva cap a les necessitats dels pacients, en els estàndards explícits, en un marc regulador per garantir-ne el compliment –fent èmfasi en la cultura i la comunicació– i en la consideració de la revalidació com a mecanisme bàsic per garantir una demostració positiva de la bona pràctica.

Per tant, el plantejament de la carrera professional del cirurgià ha de tenir en compte aquests requisits. Durant l'últim terç del segle XX el paper social del metge i del cirurgià havia perdut part de la seva importància, però avui dia s'està recuperant progressivament, ja que la població – un dels principals valors de la qual és la salut– s'adona de la gran responsabilitat que tenim vers el malalt (especialment el cirurgià, ja que l'agredim per millorar la seva salut), fet que em fa ser esperançat vers el futur del cirurgià i de l'exercici de la cirurgia.

Les organitzacions professionals, les societats científiques, les universitats, els governs –i els seus responsables– tenen la greu responsabilitat d'estar a l'alçada de les circumstàncies per aconseguir superar amb èxit el repte del segle XXI de l'assistència quirúrgica de qualitat amb professionals competents i motivats davant els malalts.

Avui dia els drets dels professionals ja no són intocables. Estem subjectes a la legislació ordinària o de mínims, però tenim un més gran nivell d'exigència, que ens orienta a una ètica de màxims per l'imperatiu de la nostra consciència professional. Això ens ha de portar a abocar-nos al servei i a tenir el malalt com a nucli i centre de la nostra activitat, per sobre dels interessos propis, encara que en alguns moments hi sortim perdent, econòmicament o en la nostra qualitat de vida personal i familiar.

La llibertat del metge i del cirurgià no és absoluta. Hem d'oferir al malalt el bo i millor de la ciència de cada moment. Això vol dir donar-li *qualitat assistencial*, un altre aspecte que els cirurgians i els metges hem de conèixer i fer servir.

La qualitat assistencial

Començaré definint la *qualitat assistencial*. Considero que és el resultat d'aplicar correctament el conjunt dels factors següents:

- coneixements científics;
- habilitats tècniques;
- actituds d'humanisme, empatia, assertivitat i treball en equip;

- ètica;

- consecució de la satisfacció del malalt i la família.

Un departament intern independent ha de revisar els resultats quirúrgics de manera regular, comparant morbiditat i mortalitat entre individus, equips i procediments, amb la qual cosa pot saber si hi ha mancances d'individus i del sistema.

Per fer aquestes avaluacions de qualitat s'han d'utilitzar sistemes d'informació sanitària informatitzats; i és bo fer-les en fred i en calent —si em permeten l'expressió—, és a dir, amb recollida de dades i estudis sistemàtics amb informació extreta dels arxius i dels malalts ingressats.

Aquests controls no només s'han de fer en l'àmbit de l'organització del sistema de qualitat que tot centre sanitari ha de tenir, sinó que també cal pensar en l'avaluació a càrrec d'un petit grup d'experts (*peer review*), un grup que es desplaçaria pels hospitals, revisaria les històries clíniques i els malalts seleccionats i assistiria a algunes intervencions en el quiròfan.

Són molt recomanables aquests controls externs i independents de l'exercici professional de la cirurgia. No s'hi val a dir que ja ens autocontroleu, ja que hi ha en joc massa interessos personals contraposats —prestigi, categoria professional, diners—, tant en l'exercici de la medicina pública com en el de la privada. Existeix, a més, una facilitat d'autocomplaença i d'autojustificació dels actes i de les errades personals. Això provoca distorsions dels resultats. Aquestes lògiques afirmacions no són personals, sinó que altres cirurgians, per exemple, McKneally³⁶ i Seiler,³⁷ ho han escrit en revistes quirúrgiques.

L'enregistrament de les intervencions quirúrgiques, per revisar-les posteriorment, és un important instrument que ajudarà a l'avaluació de la qualitat de la cirurgia, en vista dels resultats finals en els malalts.

Crec que les societats científiques haurien de jugar un paper més actiu en la millora de la qualitat de la medicina i de la cirurgia; haurien d'assumir aquesta responsabilitat. La mateixa Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, com a institució de màxim prestigi, pot oferir aquest servei d'assessorament al Govern de la Generalitat, en pro de la millora de la qualitat de la medicina i la cirurgia del país.

El sol establiment d'aquests mecanismes d'avaluació de la qualitat ja implicarà que millori; ho podem atribuir a l'efecte Hawthorne⁴³ —quan els membres d'una organització se saben vigilats es preocupen de fer millor la feina.

L'avaluació de la qualitat assistencial s'ha convertit avui dia en quasi una disciplina que es pot incloure dins de la gestió, ja que hi té molt a veure.

Tot metge ha de conèixer també les bases i la metodologia de l'avaluació de la qualitat assistencial i ha de col·laborar en la millora contínua d'aquesta amb l'organització que tot centre sanitari ha de tenir per aconseguir aquest important aspecte que garanteix la qualitat de l'assistència. S'ha d'aprendre i són necessaris cursos específics que ensenyin a aprendre.

Però al marge d'aquesta metodologia que objectiva la qualitat i ajuda, per tant, el cirurgià a millorar la seva tasca, tot metge ha de tenir capacitat autocrítica, avaluadora de la qualitat dels seus resultats amb els malalts; mai hauria d'estar plenament satisfet, ja que sempre es pot millorar. Les complicacions dels seus malalts, les dificultats en les intervencions quirúrgiques, la mortalitat, etc., són aspectes que s'han d'avaluar constantment utilitzant la metodologia adequada, com ara el cercle de qualitat.⁴⁴

Un cirurgià ha de ser competent i qualificat. Avui dia posseir el títol no vol dir automàticament que s'està qualificat; cal una preparació constant, com hem expressat abans. La qualitat assistencial s'ha de poder recertificar (dissenyant un model adequat, determinant el moment i el procediment, aportant-hi les inversions necessàries, posant-hi els mitjans adients), amb un doble objectiu: no perjudicar innecessàriament ni injustament els metges i aconseguir que els malalts tinguin més garanties de qualitat. No hauria de ser cap problema per al cirurgià mitjà seguir les certificacions dels privilegis terapèutics de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations³² o de l'American Medical Association i aconseguir un certificat de competència, sempre temporal, per fer unes determinades intervencions i no unes altres.

Les agències d'avaluació de la qualitat, d'acord amb les societats científiques de les diferents especialitats, s'encarregarien d'establir els paràmetres de control (nombre d'intervencions efectuades en els darrers anys, assistència a cursos de formació i a congressos, etc.), i després les societats científiques i els col·legis professionals els utilitzarien per donar les acreditacions, les quals probablement haurien d'estar sotmeses al control dels governs estatal i autonòmic, amb una validació de la Unió Europea, com a garantia per als malalts. Arribarà un dia que aquests ho exigiran. Si volem que tinguin èxit, els procediments d'acreditació (amb l'anàlisi de les habilitats i les competències del lloc de treball) haurien de ser molt clars i lògics per tal d'afavorir l'acceptació social de la seva validesa.

Aquesta avaluació s'ha de fer en condicions similars a les de la pràctica professional; no han de suposar cap estrès per al metge o cirurgià que pugui acreditar l'habilitat o la competència de manera fefaent (a través dels seus resultats, la formació continuada realitzada i les possibles simulacions amb garantia).

Estem vivint la implantació de la carrera professional en l'Institut Català de la Salut, cosa que altres centres ja havien fet. Al marge que sigui francament susceptible de millora, considero que és una molt bona eina per incentivar la millora de la qualitat de l'assistència. El fet de valorar l'activitat de formació continuada, la recerca, la implicació dels professionals en la institució, i compensar-lo, crec que suposarà per si sol una millora de la qualitat de l'assistència; es demostra així la gran importància i influència que tenen els gestors sanitaris i polítics.

La qualitat de l'assistència i la satisfacció del professional de la salut depenen molt de l'organització del sistema sanitari i dels mitjans que es tenen a disposició per fer l'acte mèdic. Tenir una llista d'espera excessiva es tradueix en mala qualitat de l'assistència, ja que si el malalt arriba amb un pitjor estat general, amb un agreujament de la malaltia, si ha patit un temps de mala qualitat de vida, si nosaltres —com a gestors de la llista d'espera— som els que el tenim esperant, aleshores estem fent mala qualitat de l'assistència. No faríem una bona cirurgia si volguéssim reduir les llistes d'espera augmentant la deshumanització de l'assistència, disminuint el temps mínim per informar el malalt i la família, operant sota pressió per no

haver d'anul·lar intervencions o fent servir uns fils de sutura que no fossin els adequats per manca d'uns altres, o prescindint d'un tercer ajudant en intervencions complexes; és a dir, disminuint la qualitat assistencial.

Comissions clíniques de qualitat

Les comissions clíniques de qualitat són essencials. La de teixits i la de quiròfan ajuden a la millora de la qualitat de la cirurgia. Comprovar els fulls operatoris i les programacions quirúrgiques, amb els diagnòstics preoperatoris, els postoperatoris, l'informe anatomopatològic i la morbmortalitat quirúrgica, dona una informació molt important per a la millora de la qualitat de la cirurgia que es fa en un hospital.

L'ús d'Internet, amb les videoconferències, les discussions en línia i la transmissió d'intervencions quirúrgiques en directe entre hospitals, permet una avaluació i millora de la qualitat, així com l'aprenentatge de noves tècniques.

Els efectes adversos i les complicacions quirúrgiques causen mals resultats i representen disminucions de la qualitat assistencial. En un cinquanta per cent dels casos són atribuïbles a errades mèdiques predictibles i evitables amb sistemes de detecció i prevenció. Per tant, una de les causes de pèrdua de qualitat assistencial són els errors mèdics. És del tot necessari detectar-los i reduir-los a la mínima expressió.

Error mèdic és fallar a l'hora de completar un acte mèdic planificat –seria un *error d'execució*– i també l'ús d'un pla erroni per aconseguir un efecte –i parlariem d'*error de planificació*. Aquest tema va ser tractat amb autoritat per l'acadèmic Dr. Ramon Trias i Rúbies en el seu discurs d'ingrés l'any 2002.⁴⁵ Un error mèdic pot ser evitat. Per exemple, una gasa oblidada pot ser interceptada, i així s'evita l'errada. Cal, però, establir uns mecanismes de control, amb els quals, segons Bates,⁴⁶ es podrien disminuir els errors a una setena part.

Podem classificar les causes dels errors mèdics en sis apartats: d'organització, situacionals, de l'equip, individuals, del treball i del pacient.⁴⁷

Els defectes d'organització inclouen tenir un personal i un equip inadequat, una planificació i temporització dels programes operatoris incorrecta, la substitució de l'equip usual per nous membres. Per exemple, augmenten els errors mèdics en els canvis de torn d'infermeria, de nit i quan els cirurgians estan cansats i han dormit poc.

Els factors situacionals comprenen les distraccions, les interrupcions, les condicions físiques, el disseny de l'equip (monitors...).

Els factors deguts a l'equip inclouen els defectes de comunicació, la confiança en els membres de l'equip i l'habilitat d'afrontar situacions inesperades.

Els factors individuals són l'habilitat mental i tècnica i la fatiga. Per exemple, s'ha demostrat que si no es dorm prou es produeix una manca de concentració i més errors en cirurgia. No cal parlar de l'efecte de l'alcoholèmia com a desencadenant d'errors. Resulta curiós, si

més no, que la societat hagi establert tants mecanismes de control sobre els pilots d'aviació o els conductors de vehicles de servei públic, amb horaris de descans estrictes, mentre que als cirurgians se'ls segueix exigint que operin després de vint hores de treball seguit en el servei d'urgències. S'han demostrat més errors a la nit en les guàrdies.⁴⁸

Els factors deguts al treball inclouen la claredat de la feina que s'ha de fer, els protocols clars i la informació acurada i accessible. Per exemple, tenir a l'abast la història clínica amb les al·lèrgies anotades. La informatització ajuda a disminuir aquestes errades. L'omissió d'algun dels múltiples passos d'una intervenció quirúrgica és també una causa d'error. Comptar les gases disminueix el nombre de cossos estranys deixats en el camp quirúrgic.

Els factors deguts al pacient que contribueixen a tenir més errors mèdics són: l'obesitat, les variacions anatòmiques rares, la gravetat de la malaltia i les comorbiditats. Per exemple, les adherències trobades durant una laparotomia augmenten la possibilitat de lesionar els intestins.

Hi ha diferents maneres de disminuir els errors mèdics. Els cirurgians hem d'estar a favor d'una cultura que permeti estudiar els errors de manera oberta, inquisitiva i prospectiva, utilitzar-los com a oportunitats per aprendre i millorar la qualitat de l'assistència i fer tot el possible per evitar-los.

Els metges, com a professionals que som, tenim l'obligació ètica d'actuar responsablement en l'exercici de la nostra professió, evitant tant la imprudència com la ignorància, la impecècia i la negligència.

El quiròfan, *sancta sanctorum* del cirurgià

El quiròfan ha estat sempre el *sancta sanctorum* del cirurgià. Permetre l'entrada de les càmeres per fiscalitzar la nostra activitat és un canvi de mentalitat que pot afegir estrès professional. Per tant, tot control de l'activitat quirúrgica s'ha de fer d'acord amb el col·lectiu implicat. Èticament i deontològicament els metges estem obligats a fer el possible pel bé del malalt, i, per tant, per cometre les mínimes errades en la nostra activitat.

Per a l'avaluació de la qualitat, per a la disminució de les errades mèdiques, és del tot necessari que el cirurgià percebi els mecanismes que s'estableixin com a aliats seus, no com a fiscalitzadors externs enemics que li disminuiran la fama i li demanaran indemnitzacions legals. Hem d'incloure en la formació dels especialistes, els cirurgians residents, mòduls d'aprenentatge d'aquesta cultura del control, una exigència de la societat del segle XXI.

En la professió mèdica la denúncia voluntària d'un error mèdic ha fracassat fins ara –fins i tot als EUA, que estan avançats en aquest aspecte; i crec que encara hauran de passar molts anys abans no es faci efectiva. Existeix una cultura de la vergonya i la culpabilitat que desanima els cirurgians a autoinculpar-se públicament dels errors davant els seus companys. El millor mecanisme d'aprendre és establir mecanismes de control prospectius i, si és possible, previs a la comissió de l'errada, que, per tant, poden evitar-la.

Els mecanismes de vigilància directa de l'activitat són els més eficaços, però és impossible de generalitzar-los. Hem de crear al nostre país una cultura de seguretat que previngui els errors mèdics establint controls no accessibles als professionals externs a l'equip assistencial, com per exemple, els advocats.

Ja que en la legislació vigent l'edat de jubilació dels cirurgians en l'àmbit públic està establerta en els 65 anys, els sèniors poden ser contractats per fer aquests controls, amb la qual cosa milloraria molt la qualitat de l'assistència, ja que, ultra la possibilitat que tindrien els més joves d'aprofitar la seva experiència, ajudarien molt a evitar errades mèdiques mitjançant la vigilància de la pràctica mèdica i quirúrgica (durant les visites, al quiròfan, etc.).

Qualsevol mecanisme per evitar l'errada mèdica ha de partir del principi que és inevitable al cent per cent, ja que és inherent a l'activitat humana. Els sistemes organitzatius equivocats i amb mancances provocaran errades mèdiques. S'han d'implementar mecanismes que evitin que l'error mèdic arribi a produir-se. L'organització és essencial.

• És del tot necessari que els hospitals organitzin obligatòriament sessions de morbiditat i de mortalitat en els diferents serveis. Aquestes sessions han de ser a porta tancada per mantenir el secret professional en l'equip de treball, única manera de poder dir la veritat de manera transparent i poder arribar a recomanacions pràctiques. Es poden organitzar també sessions sobre complicacions quirúrgiques i el seu tractament. Establint bones mesures de qualitat i gràcies a l'especialització en cirurgia es pot arribar gairebé al risc zero de mortalitat en moltes intervencions.

La qualitat de l'assistència depèn en gran mesura en la *satisfacció del malalt i del familiar*, que es basa en la seva percepció. Si està content amb el cirurgià i hi confia, hi ha molt de guanyat. Per això és necessària la personalització de l'assistència; mentre la medicina privada ha reeixit en aquesta direcció, encara és una assignatura pendent per a la medicina pública, on l'organització dels serveis quirúrgics hauria d'adaptar-se per fer possible aquesta personalització, amb la qual cosa s'evitarien malentesos per possibles desviacions de malalts. És perfectament factible combinar la ciència amb l'humanisme.

Des de l'adveniment de la democràcia al nostre país, l'organització del sistema hospitalari públic ha canviat ben poc. Aquest fet implica un descontentament dels professionals i uns defectes d'organització. Massa vegades, el malalt —si s'ho pot permetre— acudeix a la medicina privada per evitar llargues llistes d'espera i aconseguir el tracte personalitzat. Considero inacceptable que la gent hagi de recórrer a la medicina privada per aquests motius.

La gestió dels recursos humans, tècnics i econòmics forma part de la responsabilitat del metge i el cirurgià en el seu treball. Per tant, dedicaré uns breus moments a la gestió que fem els professionals de la salut, o microgestió.

Gestió

Importància de la gestió assistencial

Tothom que ha de decidir sobre la utilització d'uns recursos, d'una manera o d'una altra fa gestió, paraula que el diccionari defineix com a "conjunt d'operacions administratives sobre certs béns, efectuades per una o més persones en nom de llurs propietaris i amb l'objecte d'obtenir-ne resultats beneficiosos". Tot metge, per tant, ha de fer gestió en el seu exercici professional, ja que està decidint com s'utilitzen uns recursos, sigui públics –en la medicina pública–, sigui del malalt mateix –en la medicina privada. Per això, el metge també ha d'estar preparat i ben format.

Avui dia la importància de l'economia de la salut és tan gran que aquesta insigne Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya –que està al dia dels avenços de la medicina i de la societat i de les seves necessitats– va decidir fa dos anys escollir com a acadèmic numerari un economista, el professor Guillem López Casanovas, especialitzat en economia de la salut.⁴⁹ L'ensenyament d'aquesta disciplina encara no ha entrat de ple en les facultats de Medicina i solament en algunes, com a la de Barcelona i Lleida, s'imparteix com a curs optatiu.

Es pot dividir la gestió de la sanitat en quatre apartats: (a) *macrogestió*, la que fan els polítics al decidir els pressupostos o recursos que la societat democràtica destinarà a la salut de la comunitat; (b) *mesogestió*, la que executa el gerent del centre assistencial amb els recursos que li corresponen; (c) *microgestió*, la que fem els professionals de la salut; i (d) *autogestió*, la que fa cada ciutadà i ciutadana amb el seu estil de vida. Però el que em pertoca en aquest apartat és insistir en l'anomenada *microgestió*. Nosaltres, amb el bolígraf –com diuen els gestors– podem enfonsar un pressupost si receptem els medicaments més cars, si no tenim en compte el cost de l'assistència a cada malalt i els donem més del que necessiten.

Faríem mala cirurgia si per arribar al diagnòstic d'una apendicitis necessitéssim cada vegada una tomografia axial computada, més una ressonància magnètica i una analítica sofisticada, i si quan l'operéssim utilitzéssim grapadores mecàniques per al monyó apendicular; i cada fil de sutura o lligadura el féssim servir solament una vegada i el llencéssim llarg, i a més la marca i el tipus de fil fos el més car tenint-ne un de més econòmic i d'igual qualitat; si per profilaxi de la infecció li administréssim un antibiòtic dels més cars del moment sense que s'hagués demostrat una millora respecte a l'anterior; si triguéssim molt més que la mitjana dels nostres companys a operar-la amb el mateix grau de dificultat; si en el postoperatori administréssim tractaments més cars i durant més temps en comptes d'altres que tinguessin la mateixa eficàcia; i que mantinguéssim el malalt ingressat més dies que la mitjana que li pertoqués...

Per disminuir la despesa sanitària s'han posat en marxa noves formes de fer la cirurgia, com ara la cirurgia de curta estada, la cirurgia major ambulatoria, les intervencions quirúrgiques de tarda, etc. La recerca en gestió és també important per aconseguir la millor eficiència, o màxim rendiment amb els mínims recursos.

Tot cirurgia ha de treballar en equip. Necessita els companys perquè l'ajudin, i les infermeres i el personal auxiliar tant per al quiròfan com per a les consultes externes i l'atenció als malalts ingressats. Tot equip quirúrgic ha de gestionar i programar principalment:

- l'atenció mèdica i quirúrgica dels malalts, programats i urgents;
- la docència de pregrau i de postgrau i la formació continuada;
- la recerca, especialment l'aplicada i la bàsica encaminada a la resolució de problemes quirúrgics;
- les sessions clíniques i de qualitat;
- les sessions organitzatives.

Aquesta gestió pròpia dels professionals de la salut és la que hem d'aprendre, tant en la teoria com en la pràctica com a hàbit. La medicina basada en l'evidència, que utilitza el mètode Cochrane,¹⁴ ens dóna pistes de quins són els millors tractaments, el millor abordatge de cada patologia en l'estat actual del coneixement.

En el nostre treball diari podem decidir entre donar d'alta el malalt o retenir-lo un dia més. Aquest fet —que sembla que tingui poca importància—, multiplicat per molts metges, incideix en el nombre de llits que estaran a l'abast de nous malalts. La decisió d'operar un malalt amb cirurgia major ambulatoria o d'ingressar-lo també es tradueix en una major o menor disponibilitat de llits i, de retruc, en una major o menor molèstia per al malalt.

Quan programem les intervencions quirúrgiques, el fet d'incloure un malalt més o menys per operar no és més que rendibilitzar més o menys la sala operatòria. Si acabem abans i ens sobren unes hores, i comptem el que costa mantenir les instal·lacions i el preu per hora del salari dels professionals de la salut de l'equip, haurem de convenir que el nostre rendiment haurà estat inferior.

Si els quiròfans són utilitzats a la tarda i ens avenim a operar combinant el nostre horari segons les propostes de la direcció i la gerència, aleshores l'hospital millorarà el seu rendiment. Hem d'estar oberts a la negociació justa per tal de poder tenir temps per a l'estudi i la formació continuada, per a la recerca, per a la família, per a l'oci, per a la formació integral de la persona.

Els cirurgians som també els que gestionem les llistes d'espera dels malalts per operar —i crec que ho hem de seguir fent. Quan confeccionem el programa operatori decidim quin malalt posem davant d'un altre. Amb quins criteris? L'ordre d'arribada, la gravetat de la malaltia, les molèsties que ocasiona...? S'han de definir uns criteris del centre i s'han d'aplicar, sota la supervisió dels seus directius o gestors.

El sistema de pagament és molt important, ja que determina massa vegades les prioritats. La "compra selectiva" de malalts amb patologies concretes a les quals s'ha donat un preu condiciona la nostra feina de cirurgians. Els gestors també ens exigeixen més eficiència. Alguns fins i tot, per manca de confiança, han pretès gestionar directament les llistes d'espera, però aquest sistema no és bo, ja que hi ha massa condicionants mèdics i la relació metge-malalt té molta importància.

Cal que tots els metges tinguin coneixements de gestió. S'ha d'incloure aquesta formació tant en el pregrau, com en la formació especialitzada, com en els cursos de formació continuada. El programa comú complementari de formació de residents de Catalunya, transversal per a totes les especialitats i coordinat per l'Institut d'Estudis de la Salut del Departament de Salut, preveu trenta hores d'ensenyament de gestió assistencial.

Gestió universitària

Un altre exercici de gestió necessari per al cirurgià professor universitari és la gestió universitària. El fet de seguir la carrera acadèmica condueix a entrar en una altra organització diferent de la sanitària, la universitat. Aquesta té els seus específics mecanismes de gestió, l'accés als quals és actualment molt més democràtic que no pas l'accés als de l'administració sanitària.

Això permet als professors universitaris accedir a càrrecs de gestió per elecció: secretari i director de departament, degà i, fins i tot, rector. Crec que és bo que els metges i els cirurgians ens impliquem en la gestió universitària, donada la gran diferència i complexitat existent en docència mèdica de les facultats de Medicina, de difícil comprensió per als llocs, ja que a la docència i recerca s'hi suma, amb molta importància, l'assistència.

El metge ben format (cinc estrelles²) té més facilitats per al tracte humà i per a la direcció d'equips, i, per tant, té molt a oferir a la gestió de la universitat, on és necessari aconseguir la complicitat de la comunitat universitària per a la millora de la qualitat de la docència, la recerca i els serveis universitaris. Té les bases per ajudar a crear un clima laboral saludable.

També fa falta la formació en gestió dels professors universitaris, ja que, com succeeix amb la metodologia docent, tampoc se'ns ensenya. Convé que els equips rectors de les universitats facilitin l'accés a aquests cursos.

Relació metge-malalt. Bioètica

Ja hem descrit abans que un bon professional no és solament un bon tècnic, sinó algú que actua segons els valors propis de la seva professió. Per això ens preguntem per què és cada dia més necessari tractar d'ètica i de temes polítics i socials en reunions científiques i en revistes quirúrgiques. La resposta és clara. El nostre món canvia ràpidament i s'ha tornat complex. Els cirurgians ens hem d'enfrontar amb nous reptes ètics i canvis legislatius i polítics per als quals no tenim la preparació ni l'entrenament adequats.

Vivim en el Primer Món, amb les necessitats bàsiques cobertes, en una societat que valora la llibertat com un dels seus béns més preuats. Som éssers lliures, els únics del planeta capaços d'elegir i de raonar les eleccions que fem i les seves conseqüències. Però també hi ha un límit per a la llibertat, quan hi ha un perjudici per a algú altre o per a la societat. Per això, en l'exercici de la medicina i en l'aplicació de tecnologies mèdiques, hem de valorar com un imperatiu

ètic imprescindible per al bon funcionament de la societat i, per tant, per a la justícia social, el seu balanç risc/benefici i cost/benefici, tant per al malalt concret com per a la població.

L'exercici de la llibertat va ineludiblement unit, doncs, a la responsabilitat, ja que la llibertat d'elecció no està lliure de conseqüències, sigui per a la sostenibilitat del sistema sanitari del país, sigui per a l'ecosistema planetari o per a les noves generacions.

En la dècada dels noranta l'Institut d'Estudis de la Salut i la Societat Catalana d'Educació Mèdica, entre d'altres, van fer a Catalunya un "Estudi sobre tendències i escenaris de les competències professionals en ciències de la salut".⁵⁰ En aquest estudi es recollia l'opinió de diferents professionals de la salut que eren referents per als seus col·legues. Les principals conclusions van ser les següents:

El 90% dels professionals de la salut opinaven que la pràctica professional havia de tenir en compte els components emocionals de les persones.

Calia identificar i tenir en compte els valors dels pacients a l'hora d'obtenir i transmetre informació i decidir sobre les mesures que calia prendre.

El progrés tecnològic havia de ser compatible amb una gran consideració del malalt com a persona.

Ara bé, sols el cinquanta per cent ho preveia així en el futur, per les causes següents:

No és un valor reconegut en el sistema sanitari públic.

L'organització del treball no ho permet.

La formació dels professionals no els prepara per reconèixer les diferències individuals dels pacients.

Resulta evident la gran importància del vessant ètic de l'exercici professional de la medicina.

Les facultats de Medicina del Regne Unit segueixen les directrius del document sobre l'educació mèdica *Tomorrow's Doctor* —que ja he esmentat anteriorment.²² Aquest document, elaborat després d'ampli debat entre totes les facultats i el British Medical Council, defineix les competències professionals del llicenciat en Medicina. Amb relació a la bioètica, el metge anglès ha de tenir l'habilitat de reconèixer i analitzar problemes ètics per tal de possibilitar als pacients, a les famílies, a la societat i a ell mateix, de tenir la visió apropiada d'aquests problemes en la presa de decisions; això comprèn:

- Coneixement dels estàndards ètics i les responsabilitats legals de la professió mèdica;
- Comprensió de l'impacte de la legislació medicosocial en la pràctica mèdica; i

- Reconeixement de la influència que tenen la personalitat i els valors del metge sobre l'abordatge que fa dels problemes ètics.

Els aspectes ètics de l'exercici de la cirurgia també requereixen formació bàsica i continuada; no es poden donar per coneixedors de bioètica ni de biodret i/o medicina legal els estudiants de Medicina ni els residents de cirurgia o els que ja són especialistes, sense l'adequada posada al dia.

El nostre treball clínic i recerca es torna industrialitzat; noves i potents tecnologies demanen la nostra atenció i treballs de recerca clínica. El paper dels cirurgians en aquest nou món de dia en dia esdevé més important. Els errors mèdics preocupen el públic cada vegada més. Els cirurgians i les institucions per a les quals treballen tenen poderosos conflictes d'interessos, com per exemple amb la indústria farmacèutica. S'han de formar cirurgians adaptats a aquests reptes.

Les relacions entre els cirurgians i els malalts i els seus familiars han canviat, i seguiran evolucionant vers una major autonomia i capacitat de decisió del malalt, atès que cada dia té més informació, més formació i més drets. La informació que hem de donar al malalt ha de ser cada vegada més completa, i nosaltres l'hauem d'ajudar a prendre la decisió, però mai haurem d'actuar sense el seu consentiment. Tampoc em sembla adequat deixar-lo abandonat a la seva sort i informar-lo només, de manera defensiva, de les possibles complicacions i alternatives, i deixar-lo sol en la presa de la decisió; no seria un tracte gaire humanitzador, inimaginable en un bon professional.

La relació entre el metge i el malalt ja no és solament cosa de dos, sinó que hi intervenen factors socials: la immigració (amb el canvi de la relació clínica i l'aprenentatge del maneig de la multiculturalitat); l'autonomia, l'adulesa i el protagonisme del malalt a què feia referència adés; el necessari procés d'aprenentatge de noves tècniques quirúrgiques, amb els problemes ètics de la corba d'aprenentatge; els aspectes econòmics de l'exercici de la cirurgia i de la medicina (els mitjans i ajuts que el quirúrgia necessita, com ara el quiròfan, altres professionals, etc.), tant en el sector públic (llistes d'espera, manca de mitjans, etc.) com en el privat, amb la consecució del necessari equilibri en l'eficiència d'uns recursos escassos i cada vegada més cars; la necessària justícia social i el reequilibri del desfasament entre el Primer i el Tercer Món; les indicacions de la cirurgia d'alt risc o molt mutilant davant patologies greus; o la cirurgia en el pacient d'edat avançada i la cirurgia pal·liativa, etc.

Tots els aspectes anteriorment mencionats fan que hàgim de formar-nos culturalment i actitudinalment per respondre de la manera més professional possible a tots aquests reptes que ens planteja el començament del segle XXI, i que no sembla pas que es resoldran en pocs anys.

El Hasting Center Report²¹ —que com he esmentat adés defineix quatre metes de la medicina: prevenció de malalties i lesions, i promoció i manteniment de la salut; alleujament del dolor i el sofriment causat per la malaltia i les dolences; assistència i guarició dels malalts; i cura dels que no poden ser guarits, prevenció d'una mort prematura i vetlla per una mort en pau—, també indica que la medicina del futur ha de ser:

- honorable, que ha de presidir la pròpia vida professional;
- moderada i prudent;
- assequible i sostenible;
- socialment sensible, pluralista;
- justa i equitativa;
- respectuosa amb les opcions i la dignitat humana.

La quarta meta és procurar una mort en pau. L'enemic no és la mort en si, ja que tot el que és viu es mor, sinó la mort inoportuna, la mort per causes errònies, la mort amb dolor i sofriment. La medicina curativa té un límit, perquè malgrat els avenços de la ciència i la biomedicina, els cementiris segueixen acollint el mateix nombre de persones. Per tant, hem de saber orientar adequadament la indicació de la cirurgia. Quan la patologia del malalt supera les possibilitats de tractament curatiu se l'ha d'informar molt bé, i pot ser un candidat a la cirurgia pal·liativa (una opció terapèutica més antiga que l'actual medicina pal·liativa).

Es tracta de minimitzar el dolor i sofriment, un dels objectius de la medicina. Per fer-ho haurem de prendre decisions sobre la qualitat de vida del malalt i sobre la seva pròpia vida. Haurem de decidir, per exemple, si suprimim tractament fútils per mantenir amb vida malalts terminals i donem el tracte més humanitzat possible al malalt.

Per això, parlar amb el malalt és molt important. Cal explicar-li el diagnòstic i el pronòstic de la seva malaltia i les seves possibilitats terapèutiques, la morbiditat de les diferents opcions terapèutiques i el seu risc de mortalitat, els beneficis quant a qualitat de vida. Aquesta és la funció del consentiment informat.

Un element innovador que està començant a introduir-se en el nostre país és el document de voluntats anticipades, abans anomenat *testament vital*. La Llei catalana sobre els drets d'informació del pacient, de desembre del 2000,⁵¹ ha estat la primera que s'ha aprovat a l'Estat espanyol, i, a més, per unanimitat de tots els grups parlamentaris. El malalt pot deixar escrita, per a quan no pugui expressar-se, la seva voluntat pel que fa als tractaments que se li han de fer. A més, pot nomenar un interlocutor vàlid amb l'equip mèdic.^{52, 53}

Els metges i els cirurgians ens hem d'adaptar a aquestes novetats d'autonomia del malalt i hem de respectar la seva voluntat. No crec que ens hàgim de veure desbordats per una allau de documents d'aquest tipus, ja que parlar de la mort quan hom està bé de salut no és freqüent avui dia, però evidentment té aspectes molt positius.

Un altre element d'aparició recent que tenim a l'abast són els comitès d'ètica assistencial.⁵⁴
⁵⁵ Aquests comitès, de composició interdisciplinària i amb la presència del metge o cirurgia que presenta el cas, ens poden ajudar a prendre decisions davant un dubte d'assistència mèdica a un malalt. En cap cas substitueix la nostra responsabilitat com a metges respecte dels malalts, però l'opinió majoritària dels membres del comitè ens pot fer decantar per una opció

terapèutica o una altra amb molta més seguretat. Crec que en el futur es recorrerà més a aquests comitès.

El model de diagnòstic i tractament actual és parcial i insuficient per tal com fragmenta el malalt i no té en compte les seves dimensions psicològiques i espirituals. Ja he esmentat la proposta de l'educació mèdica seguint l'ensenyament basat en problemes des del començament, considerant el malalt en conjunt. És necessari l'ensenyament de les humanitats mèdiques i de les ciències socials, l'economia de la salut i l'organització sanitària, així com l'entrenament interdisciplinari transprofessional.

Els metges ens hem de centrar en el malalt, per cercar el seu bé. No hem d'estar centrats en altres objectius que poden ser, i són, molt lloables, però que no deixen de ser secundaris, ja que són objectius externs a la professió o béns externs, comuns a altres oficis. Així, nosaltres, que apliquem tècniques sofisticades als malalts i som agressius, hem de recordar sempre que la persona malalta es fia de nosaltres i es deixa operar. Deixa que l'agredim, que li fem ferides, amb la confiança que li curarem el mal.

Per tant, és obligació nostra fer-ho bé, estar científicament ben preparats, tenir els coneixements adequats i posats al dia, tant els generals com els específics, haver adquirit l'habilitat de la tècnica adequada, no fer més mal del necessari i imprescindible, i aconseguir la guarició del malalt o l'objectiu de millora o de prevenció o de pal·liació al més aviat possible amb el menor cost possible, tant de sofriment per al malalt com econòmic, per a ell i per a la societat.

Això implica haver adquirit unes actituds determinades. Essencialment, haver introspeccionat aquests béns interns de la professió, que fan més fàcil el respecte al malalt, la comunicació, i regir-se pels principis bioètics universalment acceptats de no fer mal, o de no-maleficència; de justícia, o tractar a tothom sense discriminació; de tractar de fer el bé, o beneficència; i el d'autonomia, o respecte de la voluntat del malalt ben informat. A més, a Europa –i ho reflecteix el projecte de constitució– hi ha un altre principi, el de solidaritat, en el qual es basa l'estat del benestar (avui anomenat *societat del benestar*), en el qual gairebé ningú posa en dubte que la sanitat i l'educació han d'estar a l'abast de tothom sense discriminacions.

Les professions valoren els béns interns, i la societat ens valora, als professionals, si som fidels al nostre jurament, al codi de deontologia del qual ens hem dotat, i som més respectats com més alt és el nostre nivell d'exigència. En aquest segle les professions estan en procés de canvi, cosa que no deixa de produir inquietud. Un important canvi que ja estem experimentant és l'exigència de la societat perquè li retem comptes –vol saber els nostres resultats–, a més de l'exigència d'una ètica de servei. La societat ens dóna uns privilegis, una autonomia, una capacitat sancionadora deontològica, ens reconeix un prestigi, etc., com he dit abans.

L'exercici de la medicina i de la cirurgia comporta la necessària confiança del malalt i la seva família. Ens l'hem de guanyar abans d'operar-lo si no volem tenir problemes. Per això, un repte molt important de la medicina socialitzada és permetre la lliure elecció de metge i cirurgia. S'ha de donar al malalt aquesta possibilitat. Quan el malalt ha escollit el cirurgià, accepta més fàcilment un resultat no perfecte o dolent o unes seqüeles.

En la medicina pública el malalt és enviat a un servei quirúrgic per ser operat. Un cirurgià l'atén. Si aquest es guanya la confiança del malalt, cosa que s'ha de mirar de fer des del primer minut de contacte visual i físic, ha de ser el seu metge responsable i, si és possible per l'organització interna del servei, el que l'ha d'operar. Si el malalt no manifesta confiança en el cirurgià, cosa que es fa patent per la manca d'empatia, aleshores se n'ha de fer càrrec un altre cirurgià del servei i s'ha de donar al malalt l'oportunitat d'escollir.

Tal com el metge o el cirurgià es guanya individualment la confiança del malalt, el col·lectiu dels metges hauria de guanyar-se la societat i li hauria de fer veure que els metges estem plenament al seu costat, que millorar la seva salut és la nostra raó de ser, que som molt autoexigents.

La diferència social no l'hem de crear artificialment, no ens hem de separar dels altres exigint uns drets de tracte preferencial. Els tenim i ningú ens els prendrà si treballem al servei dels altres, centrats en el malalt i guiats pels béns interns de la professió.

Els cirurgians necessitem mitjans sofisticats i cars per realitzar la nostra tasca quirúrgica. Si ens manquen, la qualitat de la cirurgia se'n ressent. Hem d'exigir tenir les condicions i els mitjans de treball adequats. Si no ho fem podem traïr la nostra professió, i ens fa sentir malament, cosa que pot arribar a ser el començament d'una síndrome d'esgotament professional; en aquest cas, el metge, veient-se impotent per desenvolupar les seves funcions en condicions, accepta treballar enganyant el malalt, perquè no li pot oferir la millor medicina que necessita.

El pensament de molts metges que creuen que han perdut uns privilegis que tenien en justícia, l'exigència social cada cop més forta de la rendició de comptes, la reclamació del malalt de més autonomia en detriment del poder del metge, el treball sota pressió ambiental, l'obligació de justificar les actuacions, el fet que moltes vegades no disposen dels mitjans adequats per al millor tractament del malalt ni del temps que aquest reclama, el fet d'haver d'apuntar el malalt en llistes d'espera excessivament llargues, i d'altres problemes actuals en què es troba el metge i el cirurgià, fan que alguns tinguin la temptació de caure en la síndrome del cremat, és a dir, començar a avorrir la feina, el tracte amb el malalt; anar a l'hospital amb desgana; i refugiar-se en la tècnica, en el quiròfan, en la recerca, etc.; amb la qual cosa es posa el malalt en un lloc no prioritari.

Tampoc no s'hi val a tenir residents per estalviar temps al cirurgià, que li estalviïn l'entrada al quiròfan i mentrestant estigui fent una altra feina lluny del que està fent el resident. El cirurgià segueix sent el responsable del malalt encara que no es renti per ajudar directament. L'entrenament dels cirurgians s'ha de fer delegant-los funcions i donant-los responsabilitats progressivament i gradualment, amb la supervisió adequada i una valoració de l'habilitat del futur cirurgià pel bé del malalt.

Hem d'evitar l'anomenat *autoengany*. Hem de ser més autocrítics. La societat actual ha perdut una mica l'autocrítica. El sistema educatiu i la pèrdua d'autoritat dels pares i mestres han fet que les noves generacions pugin sense suficients referents contrastats. Existeix el relativisme de l'èxit. Aconseguir-lo ràpidament i amb el menor esforç possible és avui dia una fita molt preuada. Fins i tot hi ha persones que consideren bona una mentida si el que la diu

aconsegueix que l'altre se la cregui. Per exemple, es fan moltes promeses en públic, i després d'aconseguir l'objectiu hom no té gens de vergonya de dir que eren impossibles, com si encara es donés la culpa a l'enganyat perquè no hauria hagut de creure-se-les.

Per altra banda, els avenços constants en noves tècniques fan que l'edat del cirurgià no hagi de suposar una barrera a l'aprenentatge continu de noves tecnologies i tècniques, que són una millora per al malalt. Es requereix humilitat per part del cirurgià sènior per anar a aprendre aquesta nova tècnica com si fos un resident d'un altre cirurgià, quasi sempre molt més jove. L'edat pot influir en el temps necessari per a l'aprenentatge de la nova tècnica, però no l'impedeix.

La humilitat necessària per al bon exercici de la cirurgia comporta que hàgim de reconèixer les nostres pròpies limitacions personals i hàgim de demanar consell i ajuda, com a actituds essencials. No s'hi val a tancar la ferida després d'una operació subòptima i després esperar una evolució òptima, si pensem que s'hauria pogut consultar un company expert que es tingués a l'abast.

La competència és un element ètic fonamental en la relació metge-malalt. Hem d'educar els futurs cirurgians a ser competents per respondre a les necessitats de la societat i dels malalts als quals servim; una societat cada vegada més exigent en els resultats i que demana comptes, conscient com és de la contínua evolució científica malgrat les restriccions legals i econòmiques existents.

Exercir la medicina i la cirurgia amb por és dolent per al metge, per al malalt i per a la societat. La medicina defensiva és un perill que pot estendre's. És cara, ja que el cirurgià, per una teòrica major seguretat, demana més proves al malalt. És dolenta per al malalt, perquè pateix agressions que es podria estalviar i, a més, el cirurgià pot no arriscar tant com li convé al malalt. I per al metge també és dolenta, ja que, a part de donar-li una falsa seguretat, fa que estigui preocupat i tingui por.

La solució per a l'exercici correcte de la medicina i socialment molt més segur és guanyar-se el malalt i la societat fent bé les coses, parlant amb el malalt i humanitzant l'assistència, sense amagar-se darrere la recepta o la màquina d'exploracions sofisticada.

Com he esmentat abans, s'ha de fer recerca per estar al dia, per ser més crítics amb els nostres resultats i, per tant, per millorar la qualitat de l'assistència. Com que la recerca en salut acaba fent-se amb malalts, la societat es preserva de males pràctiques a través dels *comitès ètics d'investigació clínica*, els quals han d'aprovar tota recerca amb persones o amb material humà. Els cirurgians hi hem de col·laborar.⁵⁶

No voldria acabar aquest assaig sobre l'exercici de la cirurgia al començament del segle XXI sense tenir present que estem en un món globalitzat. Existeix Internet i les comunicacions amb tot el món, i, per tant, som conscients que existeix un Tercer Món amb persones tan dignes com nosaltres, però que no tenen el més essencial per viure ni la possibilitat de l'assistència sanitària més elemental. A més, cal tenir en compte la sostenibilitat del planeta, ja que si dilapidem els recursos naturals per al nostre benestar d'avui, podem convertir el món en una realitat invivable per als nostres nés.

Per tant, hem de ser solidaris amb el Tercer Món, i crec èticament necessari dedicar part dels nostres recursos a ajudar-lo. També hem d'estalviar material contaminant, i si es pot tractar un malalt amb menys material plàstic d'un sol ús, ho hem de fer. El ritme de vida —la contaminació que provoca i el consum de recursos naturals— dels habitants del Primer Món, és a dir, una cinquena part de la humanitat, fa que sigui absolutament impossible estendre'l a la resta d'habitants del planeta, perquè ocasionaria el final dels recursos petrolers i donaria pas a un món invivable per a tothom. Un exemple d'això el comencem a tenir ara que la Xina s'està despertant i comença a construir (el preu del ferro s'ha multiplicat en pocs mesos); i si volguessin consumir la mateixa quantitat de paper que nosaltres, desapareixerien molts boscos.

Com podem creure, doncs, que en realitat els governants del Primer Món volen el desenvolupament del Tercer Món si saben que s'acabarà el seu benestar tal com avui s'entén i es viu? Crec que solament interessa de manera selectiva i controlada per beneficiar les vendes de les multinacionals.

Les persones que tenim el privilegi d'haver nascut en el món ric hem de reconèixer que hem de rebaixar l'actual nivell de benestar basat en materialismes externs, que droguen les nostres necessitats profundes, però que no les satisfan ni donen resposta als nostres interrogants bàsics com a únics éssers intel·ligents del planeta, preocupats pel nostre futur i pel sentit de la nostra vida; i hem d'enfocar els nostres esforços a cercar la felicitat personal i de la comunitat en allò que veritablement la pot donar, no en coses que donen plaers immediats i adormen l'intel·lecte i infantilitzen l'ésser humà.

La reflexió sobre l'experiència humana —en el silenci que permet la interiorització— ens demostra que el camí per a la felicitat no és l'egoisme, sinó precisament el contrari: l'obertura al proïsme, l'estimació envers els altres i el fet de ser estimat. Per tant, hem de saber deixar algunes parcel·les de poder per compartir-lo amb els menys poderosos i cercar la justícia social i evitar la mort de tants milers de nens i nenes i adults al món mancats de les coses més essencials —precisament el que nosaltres llencem a les escombraries: aigua, aliments o cultura bàsica. Solament compartint —que vol dir desprendre's de coses— podrem ajudar el Tercer i Quart Món. Si ens atrevim a fer-ho descobrirem com sorgeix una felicitat interior nova, sostenible, que no trontolla per res del món, ja que és gratuïta i depèn exclusivament de nosaltres mateixos, i això és el que ens dona la màxima llibertat.

Les relacions dels metges amb els malalts i amb la societat estan canviant, i encara canviaran més d'aquí a pocs anys. Ens hi hem d'adaptar, i si ens hi posem amb ganes podrem fins i tot liderar aquest canvi impossible d'evitar. Els malalts ja no volen solament l'aspecte tècnic —que és imprescindible— sinó que, a més, ens demanen, tal com escriu Irvine: atenció centralitzada en les necessitats dels pacients; transparència (accés a les dades, definició *a priori* de quines són les bones pràctiques); compromís de formació permanent, no per voluntarisme sinó amb mecanismes obligatoris de revalidació de la pràctica clínica periòdica durant tota la carrera professional; i detecció de les pràctiques deficientes per part de la professió.

Es tracta d'un nou professionalisme dins d'un nou pacte social per tal d'anar aproximant el sistema de valors del ciutadà i del professional, que a casa nostra ha estat definit en l'esmentat llibre blanc de les professions sanitàries, el qual no s'ha de quedar en una simple reflexió teòri-

ca. Dur-lo a la pràctica és una difícil tasca en la qual tothom està implicat (professionals a títol individual i col·lectivament en les nostres organitzacions professionals i sindicals, universitat i acadèmies –i aquí la Reial Acadèmia pot tenir un important paper–, i administració sanitària). Com a esperança de futur, l'aplicació de la carrera professional dins del sistema sanitari públic és un element dinamitzador d'aquest canvi cultural necessari.

En aquest discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya he pretès fer una anàlisi de l'exercici de la cirurgia al primer terç del segle XXI, ja que no m'atreveixo a aventurar el que pot succeir més endavant, atesos els ràpids avenços de la medicina i la tecnologia.

Hi ha elements i valors que no canvien i que s'han de salvaguardar, ja que els malalts, que justifiquen la nostra existència, són éssers humans i tenen unes mateixes necessitats físiques, psicològiques, socials i espirituals mínimes constitutives de l'espècie humana: estimar i ser estimada és i serà la principal font de felicitat i, per tant, de salut per a la persona.

La medicina i la cirurgia han de servir a aquesta fita de millora de la qualitat de vida de les persones. La tècnica ha d'estar al servei del malalt, que és el centre de la nostra actuació. Estic convençut que sabrem defensar aquests principis.

He analitzat diferents aspectes de l'exercici de la cirurgia i he fet propostes de millora. Sóc conscient que no he entrat en molts d'altres temes, impossibles de tractar en aquesta breu intervenció, que desitjo que hagi estat del seu interès.

Reitero el meu oferiment de lleial col·laboració amb la Reial Acadèmia per a l'estudi i aprofundiment d'aquests i altres temes que considerin que puguin ser d'utilitat per al bé de l'Acadèmia i dels ciutadans i ciutadanes del nostre país.

Moltes gràcies per l'atenció.

Notes bibliogràfiques i de fonts

1. Gol Jordi. «La salut». *Annals de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*. 63 (7); 1025-1040: 1977.
2. Boelen C. «Los médicos de “primera línea” del futuro». *Salud Mundial*. 47; 4-5: 1994.
3. Pera C. Cirugía, *Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas*. Ed. Marban. Barcelona. 1983.
4. Freston J.W., Triadafilopoulos G. «Review article: approaches to the long-term management of adults with GERD-proton pump inhibitor therapy, laparoscopic fundoplication or endoscopic therapy?» *Aliment Pharmacol Ther*. 19 Suppl 1; 35-42: 2004.
5. Laín Entralgo Pedro. *Historia de la Medicina*. Ed. Salvat. Barcelona. 1978.
6. Carrel A. *La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères*. Lyon med. 98; 859: 1902.
7. Balibrea Cantero J.L. *Tratado de Cirugía*. Ed. Toray, Barcelona. 1989.
8. Barnard C.N. «A human cardiac transplant». *S Afr Med J* 41; 1271: 1967.
9. Dubois F, Berthelot G., Levard H. «Cholecystectomy par coelioscopie». *Presse Med*. 18; 980-982: 1989.
10. *Guía de formación de especialistas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. Rumagraf. Madrid. 1996.
11. Pera C. «Especialización y unidades funcionales: Una alternativa en la práctica hospitalaria». *Rev Quir Esp* 11 (6); 281: 1984.
12. Irvine Donald. «The Doctors' Tale. Professionalism and Public Trust. Radcliffe Medical Press, 2003». Resumit per Joan Escarrabill en: *Institut Català de la Salut. Revisions bibliogràfiques de gestió setembre-desembre* 13-15: 2003.
13. General Medical Council. *Tomorrow's Doctors. Recommendations on undergraduate medical education*. London: 1993.

14. Cochrane Al. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. Ed. Paperback. London. 1999.
15. D'Urbano C., Visin G., Fuertes F., Sampietro R., Viñas J. «Tratamiento quirúrgico mini-invasivo de la litiasis de la vesícula biliar: la videolaparocolecistectomía». *Cirugía Española* 53, 5; 343-347: 1993.
16. Phillips E.H., Rosenthal R.J. *Operative Strategies in Laparoscopic Surgery*. Ed. Springer. 1995.
17. Herron D.M., Gagner M., Kenyon T.L., Swanstrom L.L. «The minimally invasive surgical suite enters the 21st century. A discussion of critical design elements». *Surg Endosc* 15 (4); 415-22: 2004.
18. Gallagher A.G., Smith C.D. «From the operating room of the present to the operating room of the future. Human-factors lessons learned from the minimally invasive surgery revolution». *Sem Laprosc Surg*. 10 (3); 127-39: 2003.
19. Gosain A.K. «The current status of tissues glues: I. For bone fixation». *Plast reconstr Surg* 109 (2); 2581-3: 2002.
20. Kuhn Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Ed. Fondo de cultura económica. Madrid 1962.
21. *The Goals of Medicine: setting New Priorities. The Hasting Center Report*. 1996.
22. Rubin P., Franchi-Christopher D. «New edition of "Tomorrow's Doctors"». *Medical Teacher* 24 (4) 368-369: 2002.
23. Facultat de Medicina Universitat de Lleida. *Competències professionals a assolir durant el període de formació de pregrau*. Ed. Universitat de Lleida. 2004.
24. Pales J, Cardellach F, Estrach M, Gomar ©, Gual A, Pons F, Bombi JA. «Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona (Catalonia, Spain)». *Medical Teacher* 26 (3); 239-43: 2004.
25. Haig A., Dozier M. BEME «Guide N° 3: Systematic searching for evidence in medical education. Part 1: Sources of information». *Medical Teacher*. 25 (4) 352-363: 2003.
26. Miller G.E. «The assessment of clinical Skills/competence/performance». *Academic Medicine*. 65; S63-S67: 1990.
27. Cortina A. «El sentido de las profesiones». A. Cortina y J. Conill Ed. *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Ed. Verbo Divino. 13-28: 2000.

28. Sloan D.A., Donnelly M.B., Johnson S.B., et al. «Use of an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to measure improvement in clinical competence during the surgical internship». *Surgery*. 1993; 114: 343-351.
29. Sloan D.A., Donnelly M.B., Zweng T.N. et al. «The Structured Clinical Instruction Module: a novel strategy for improving the instruction of clinical skills». *J Surg Res*. 58; 605-610: 1995;
30. Rozman C. «La educación médica en el umbral del siglo XXI». *Medicina Clínica*, 108, 582-586: 1997.
31. «Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias». *BOE* núm. 280, pp 41.442-41.458: 2003.
32. «Estandares de acreditación de hospitales». *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations*. Ed. Viena. Barcelona. 1997
33. Shön D. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic books. New York. 1983.
34. Cooper J.D. (ed.) *St. Louis International Lung Transplant Registry Report*. August 1992.
35. Bull C., Yates R., Sarkar D. et al. «Scientific, ethical, and logistical considerations in introducing a new operation: a retrospective cohort study from paediatric cardiac surgery». *Br Med J* 320; 1168-1173: 2000.
36. McKneally M.F., Daar A.S. «Introducing New Technologies: Protecting Subjects of Surgical Innovation and Research». *World J Surg* 27; 930-934: 2003.
37. Seiler R.W., «Principles of the morbidity and mortality conference». *Acta Neurochir. Suppl (Wien)*. 78; 125-126: 2001.
38. «The clinical outcomes of surgical therapy study group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer». *N Engl J Med* 350; 2050-59: 2004.
39. Frank J.R., Langer B. «Collaboration, Communication Management and Advocacy: Teaching Surgeons New Skills through the CanMEDS Project World» *J Surg* 27; 972-978: 2003
40. Viñas Salas J., Viñas Jiménez M. «Análisis bioético comparado entre los códigos deontológicos estatal y catalán». En: *La bioética, lugar de encuentro*. Ed. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid. 371-386: 1998.
41. [Http://www.arnau.scs.es](http://www.arnau.scs.es).
42. Oriol A., De Oleza R. *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Ed. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2003.

43. Argimón J.M., Jiménez J. *Métodos de investigación*. Ed. Mosby/Doyma ISBN 84-8174-031-4. Madrid. p. 8: 1991
44. Viñas Salas J., Naya Soldevila P., Salas L. «Funcionamiento de la Comisión de Humanización del hospital como un Circulo de Calidad». *Todo Hospital*. 77; 23-29: 1991.
45. Trias Rúbies, Ramón. *Discurs entrada Reial Acadèmia Medicina Catalunya*. 2002.
47. Bates D.W., Leape L.L., Cullen D.J., et al. «Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors». *J.A.M.A.* 280; 1311-1316: 1998
47. Etchells E., O'Neill C., «Bernstein M. Patient Safety in Surgery: Error Detection and Prevention». *World J Surg* 27; 936-941: 2003.
48. Petterson L.A., Brennan T.A., O'Neill A.C. et al. «Does house staff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events?». *Ann. Intern. Med.* 121; 866-872: 1994.
49. López Casanovas Guillem. *El valor de la salut i l'exigència social d'una major efectivitat del recursos econòmics per assolir-la*. Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 2002.
50. *Estudi sobre Tendències i Escenaris de les Competències Professionals en Ciències de la Salut*. Publicat per l'Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona 1994.
51. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOGC núm. 3303: 2001.
52. Viñas-Salas J., Segura T., Alfonso V., Naya P. «Opinión de los enfermos ingresados y de sus familiares sobre las directrices anticipadas». Libro: *Ensayos de bioética*. Instituto Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina. Madrid. ISBN: 84-7100-813-0; pp 191-199: 2000.
53. Viñas Salas J., Jiménez Vilchez A., Naya Soldevila P. «Aspectos éticos en la atención a los enfermos terminales». *Todo Hospital* 89; 27-33: 1992.
54. Abel Francesc. *Bioètica, orígenes, presente y futuro*. Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina. Madrid. 2001.
55. Abel Fabre Francesc. *El diàleg bioètic albirant el tercer mil·leni*. Discurs d'ingrés a la Reial Academia de Medicina de Catalunya. Barcelona. 1999.
56. Viñas J., Segura T., Alfonso V. Naya P. «¿Pueden ponerse límites a la investigación científica?». Llibre: *La bioética, lugar de encuentro*. ISBN: 84-923165-1-9. Madrid; pp 339-405: 1999.

CONTESTACIÓ AL DISCURS D'INGRÉS A LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
PER L'EXCM. I IL·LM. DR. MOISÈS BROGGI I VALLÈS
PRESIDENT D'HONOR DE L'ACADÈMIA

Em complau molt participar en aquest acte en el qual es dona l'entrada a la nostra corporació a una persona com el Dr. Viñas, que reuneix uns mèrits considerables, per qui sento una autèntica admiració i amb qui tinc una bona amistat. Vaig conèixer-lo a l'Institut Borja de Bioètica, on desenvolupava una activitat encomiable al costat del nostre admirat Francesc Abel en els seus estudis sobre ètica mèdica i en l'organització dels cèlebres comitès hospitalaris de bioètica. Aleshores Viñas ja exercia de cirurgia a Lleida, on s'estava forjant la nova universitat.

Va néixer a Mataró l'any 1950, fill d'un prestigiós fisiòleg que pertanyia a l'escola de Lluís Sayé. Cursà els estudis de Medicina a Barcelona, i obtingué la llicenciatura el 1973 i el doctorat el 1976. Ja d'estudiant va entrar com a intern al Servei de Cirurgia del Dr. Piulachs, on va seguir –després de la llicenciatura– fins al 1977 com a metge resident, i va actuar, també d'intern, en el Centre Quirúrgic Municipal d'Urgències. Així mateix, va col·laborar amb el Centre de Cirurgia Experimental de la Mútua Sabadellenca d'Assegurances. Va ser el 1977 quan es va traslladar a Lleida i va entrar a l'Hospital Arnau de Vilanova com a cirurgià, on ha seguit fins al moment actual i on, ja des d'un bon començament, va actuar de professor de classes pràctiques de cirurgia i coordinador entre el dit hospital i l'extensió universitària de la Universitat de Barcelona, que va començar aleshores i que es convertí en Facultat de Medicina autònoma quan es va restaurar la Universitat de Lleida el 1991. El 1986 fou nomenat cap del Departament de Medicina i Cirurgia, i el 1995, degà de la Facultat, i des del 2003 ostenta el càrrec de rector de la Universitat de Lleida.

Els seus treballs científics –gairebé un centenar, publicats en revistes nacionals i estrangeres– tracten sobretot de temes de la cirurgia general, cosa que pot semblar estranya en un moment, com és el present, en què tot està dividit en especialitats i el que es coneix com a *cirurgia general* es podria etiquetar com a *especialista de l'aparell digestiu*; efectivament, en la seva producció hi ha un domini dels estudis i de les tècniques referents a la cirurgia colorectal, entre els quals cal destacar uns treballs originals de tipus experimental sobre carcinogènesi, però al costat d'això veiem que en el seu currículum presenta treballs molt notables sobre traumatologia i ortopèdia i sobre cirurgia maxil·lofacial. També són de gran interès els seus estudis sobre l'ensenyament de la cirurgia, en els quals sosté que l'estudiant, abans d'entrar en el domini de l'especialitat, hauria de passar per un centre de cirurgia general; i són nombrosos i plens d'interès els seus estudis i publicacions sobre temes referents a cures intensives, cures pal·liatives i l'aferissament terapèutic en els malalts terminals, en els quals es nota la influència dels estudis fets a l'Institut de Bioètica, amb el qual tant ha col·laborat.

A més de tota aquesta producció, cal tenir en compte les seves nombroses comunicacions i conferències presentades en congressos nacionals i internacionals i la seva presència en

centres quirúrgics importants, com són la clínica Mayo de Rochester i el St. Mark's Hospital de Londres o el Servei del Prof. Becker, a Tübingen, on va seguir tot un curs de cirurgia laparoscòpica.

En el seu discurs, titulat "Reptes de la cirurgia al segle XXI", Viñas ens assenyala el fet evident que s'està produint una deshumanització creixent que acompanya el progrés de la tècnica, no solament de la cirurgia sinó de la pràctica mèdica en general, cosa que ens aparta de la concepció clàssica o hipocràtica, segons la qual l'art de curar s'ha de sustentar en dos principis fonamentals, que són la ciència i l'humanisme; en els anys darrers el gran desenvolupament del primer ha creat un desequilibri notori entre aquests dos factors fonamentals.

La cirurgia està representada arreu per una mà que mostra a la palma un ull vigilant. Emblema que ve de molt lluny i que ens indica que si bé és la mà la que actua, aquesta no ha d'apartar-se mai del que li indica l'ull, que representa, a més dels coneixements del cirurgia, el seu pensament i els seus sentiments. D'una banda, no hi ha res que sigui més propi i característic del món de la tècnica que una intervenció quirúrgica, que és un acte els resultats del qual depenen evidentment dels recursos tècnics disponibles; però, de l'altra, aquesta acció manual s'exerceix sobre el cos d'una persona que pateix defectes o alteracions produïdes per malalties o traumes que intentem corregir, i, per això, a més dels detalls de la tècnica, no podem oblidar la condició humana del pacient amb les seves preocupacions i sofriments, un vessant que és aliè al camp de la tècnica i que pertany plenament al camp espiritual, a allò que s'anomena *humanisme* (que vol dir amor a la condició humana), sense el qual i per perfecta que sigui l'aportació tècnica, no es complirà amb els principis bàsics de l'art de curar, cosa que sempre ens aportarà malentesos, conflictes i desgràcies.

En el segle que acabem de passar la introducció de noves tècniques ha estat tan ràpida que moltes vegades no ha donat temps per analitzar les conseqüències bones o dolentes de la seva aplicació. A vegades no se sap què fer perquè es poden fer massa coses. Tenim a la nostra mà la possibilitat de fer molt de bé, però també molt de mal. Podem fer viure criatures abans inviables i allargar agonies més enllà del que abans es podia imaginar, podem clonar éssers vius i trasplantar o substituir vísceres. És cert que les nostres possibilitats han crescut enormement, però també ha crescut la nostra inseguretat enfront de la seva utilització; podem actuar molt més, però cada vegada ens costarà més decidir-nos a fer-ho. D'altra part, també hem de considerar que una cosa són els fets possibles i una altra de diferent són els valors que sempre els acompanyen, i el que és bo per a uns hauria de ser possible per a tots els casos similars, però com es fa a organitzar un conjunt tant immens? Una cosa és la possibilitat general i una altra, la possibilitat concreta per a cada malalt amb els seus valors personals.

Però, a més –per acabar de complicar-ho–, estan canviant profundament les relacions entre el professional i el malalt. Abans cada decisió clínica era presa pel professional en solitari i el pacient l'acceptava dòcilment com una imposició paternalista i amb la plena confiança que era el millor pel seu bé. Era una situació plenament acceptada per tothom –malalts, famílies i societat– i en la qual tothom sabia perfectament el seu paper, i es tractava, per tant, de quelcom estable, conegut i segur. S'actuava amb molta menys seguretat científica, però amb molta més seguretat en la decisió, mentre que ara, en canvi, amb un enorme cabdal tecnològic i de coneixements, ens trobem amb un gran recel i desconfiança en la seva aplicació. Cada malalt té dret a prioritzar els seus propis valors, que poden no coincidir amb les expectatives

del metge, ni amb els protocols d'una actuació correcta. Cada vegada resulta menys possible que en una sanitat com la nostra –cada vegada més equitativa i generalitzada; podríem dir-ne *massificada*–, es pugui plantejar –ni tan sols parlar-ne– la necessitat d'una major personalització per a cada pacient.

En el seu discurs, el Dr. Viñas ens refereix molt bé aquesta tendència creixent vers la despersonalització que s'observa en la pràctica mèdica actual i el fet que aquest increment constitueix una seriosa amenaça per a la pràctica del futur. Es fa necessària una forma de compensar o alleugerir aquesta tendència, cosa difícil si es té en compte que és deguda a dos factors indefugibles, com són la socialització i l'especialització.

En efecte, quan la medicina i la cirurgia eren lliures i tothom triava el professional que volia, aquesta tria ja representava una relació amb el malalt que no podia comparar-se a la que ara existeix entre un cirurgià assignat i un malalt que no és més que un número. Com ens diu Alsina Bofill en el seu elogi del metge general, en el primer cas la confiança mútua pressuposa una actitud deferent que tot seguit esdevé cordial, i la cordialitat és el gran sensibilitzador d'una bona relació i també de l'eficàcia; mentre que en el segon cas el recel –que és el contrari de la confiança– serà difícil de vèncer i crearà una resistència a l'art del metge per més que la seva actuació sigui encertada.

L'altre factor que s'ha de considerar és l'especialització, sense la qual és evident que no hi hauria progrés, però aquest cartesianisme a ultrança porta l'especialista estricte –que no veu res més que no sigui el sector de la seva especialitat– a oblidar que l'home no està fet de peces aïllades, sinó que formen un conjunt que pensa, que té sentiments i que necessita que li expliquin les coses i li proporcionin un consol davant les desgràcies i els sofriments. Hi ha una dita francesa molt antiga que es refereix al que feia la medicina, i ens diu textualment que amb ella s'aconsegueix “guérir quelque fois, soulager beaucoup et consoler toujours”. Ara cura molt però no consola gens, cosa que vaig poder comprovar en els meus anys d'actuació en la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges; la major part de conflictes entre professionals i pacients no eren per errors de tècnica o de mala pràctica, sinó que predominaven els conflictes originats per malentesos en el tracte personal. Em permetré citar dos casos que crec que són típics en aquest sentit. El primer és el d'un politraumatitzat que no hi havia per on agafar-lo; tenia fractures diverses, enfonsament de costelles amb pneumotòrax a tensió i trauma cranial amb un hematoma que va requerir una craniectomia. Aquest pacient va anar a parar en un gran hospital en què hi havia de tot i va anar passant pels diferents serveis, on el van anar tractant durant llarg temps, fins que en sortí amb vida i amb bon estat. Doncs bé, aquesta persona, que havia d'estar tan agraïda per tot el que se li havia fet, va presentar una reclamació perquè una fractura li havia quedat amb una mica de desviació. Naturalment no ens va costar gens de convèncer-lo que presentar un plet per un petit defecte contra els que amb tant d'esforç li havien salvat la vida, era d'una ingratitud monstruosa. Ens va respondre que ell no sabia que havia estat tan malament; sols sabia que el feien anar d'un costat a l'altre sense dir-li res i fent-li coses sense que ell sabés el perquè, de tal manera que de la seva estada a l'hospital sols en guardava un record desagradable. És a dir, en aquell hospital tan ben proveït de mitjans tècnics i de gent competent hi faltava una persona que acompanyés el pacient i li expliqués el seu estat i el que se li havia de fer. Els pacients no sols necessiten que els curin, necessiten quelcom de tracte humà, i això, que no s'ensenya a les universitats, és el que fa més

falta en el moment actual, i cada vegada es necessitarà més, a mesura que es desenvolupin i es compliquin les tècniques.

Un altre cas que també podem considerar com a paradigmàtic és el d'aquella mare desesperada que va acudir a la Comissió perquè es penalitzés el metge a qui creia responsable de la mort del seu fill esquizofrènic que es va suïcidar, i no hi va haver manera de fer-li entendre que el metge no hi tenia cap culpa, ja que no era possible que pogués preveure el suïcidi, però la dona insistia en la seva acusació. Finalment ho vam entendre tot, quan en el curs d'una conversa la dona ens va explicar que quan va anar a comunicar la mort del seu fill al metge aquest li va contestar fredament que no era problema seu. No cal remarcar que aquesta fallada en el tracte personal explica tot l'odi de la mare.

En els seu discurs, Viñas insisteix en la importància que té la cultura humanística en tota la pràctica mèdica, sobretot en la nostra època i en el futur immediat, en el qual tant la medicina com la cirurgia ens vénen marcades per la socialització i l'especialització, dues tendències imparables, de les quals depenen l'eficiència i el progrés, que fan que els seus beneficis arribin a tothom, però que comporten una despersonalització creixent amb els seus greus inconvenients, cosa que s'ha de mirar d'evitar.

Seria necessari mesurar bé els límits, les carències i els efectes que pot tenir el coneixement científic sobre la vida de l'home, com a individu i com a membre de la societat, i potser caldria revisar també les bases tradicionals de la nostra ètica professional.

És cert que sense el progrés de la ciència no existiria una cirurgia eficient, però també ho és que moltes vegades, aquesta mateixa ciència aplicada sense la ponderació inspirada per aquell esperit d'amor a la condició humana al qual ens hem referit al principi, resulta una pràctica freda, desproveïda de sentit humà i moltes vegades perillosa.

En nom de l'Acadèmia, Dr. Viñas, li dono les gràcies per el seu magnífic discurs d'entrada i m'és molt plaent demanar al president que li atorgui el diploma i la medalla de membre de la nostra corporació.

