



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**La relación médico-enfermo  
y la cirugía mayor ambulatoria:**  
dos baluartes del sistema sanitario, en época de crisis

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

ILMO. SR. DR.

**D. Cristóbal Zaragoza Fernández**

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

**D. Justo Medrano Heredia**

*Leídos el 28 de septiembre de 2017*

VALENCIA







REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**La relación médico-enfermo  
y la cirugía mayor ambulatoria:**  
dos baluartes del sistema sanitario, en época de crisis

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

ILMO. SR. DR.

**D. Cristóbal Zaragoza Fernández**

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

**D. Justo Medrano Heredia**

*Leídos el 28 de septiembre de 2017*

VALENCIA



# Sumario

**Discurso de recepción del académico electo Ilmo. Sr. Dr. D. Cristóbal Zaragoza Fernández. *La relación médico-enfermo y la cirugía mayor ambulatoria: dos baluartes del sistema sanitario, en época de crisis* ..... 7**

**Agradecimientos ..... 9**

1 Introducción ..... 15

2 La relación médico-enfermo ..... 18

3 La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ..... 45

4 La relación médico-enfermo y la cirugía mayor ambulatoria en crisis y en época de crisis ..... 67

5 Futuro de la relación médico-enfermo y de la CMA ..... 78

6 Conclusiones ..... 90

7 Bibliografía ..... 92

**Discurso de contestación del académico numerario Ilmo. Sr. Dr. D. Justo Medrano Heredia ..... 103**



DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

ILMO. SR. DR.

**D. Cristóbal Zaragoza Fernández**

La relación médico-enfermo  
y la cirugía mayor ambulatoria:  
dos baluartes del sistema sanitario, en época de crisis



EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA,  
EXCMOS. E ILMOS. SRES. ACADÉMICOS,  
ILMAS. SRAS. ACADÉMICAS,  
AUTORIDADES,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

**S**IEMPRE QUISE SER MÉDICO, y nunca otra cosa. Siempre pensé que ser médico era algo especial. Una profesión que tenía algo más que las otras. Una vocación en la que un hombre o una mujer, aparentemente sanos, intentaban ayudar a un hombre o una mujer, aparentemente enfermos y este acto, por humanidad y profesionalidad, cargarlo de responsabilidad, solidaridad, diálogo, comprensión, consideración y soporte psicofísico para encajar el fracaso de su objetivo. Una profesión que aunque tiene como meta la curación, ésta no siempre se consigue, razón, entre otras, por la que ha de mantener de forma perenne y a pesar del coste emocional, la filosofía de curar al paciente cuando sea posible, cuando no se le pueda curar, mejorarlo, y cuando no sea posible ni una cosa ni la otra, consolarlo, y, además, cumplimentando este trípede asistencial en su totalidad. Una profesión que como expresa el **Prof. Narbona en 1970**, viene aderezada de *una responsabilidad personal, juez de la conducta humana, que se basa en una ley no escrita que sentencia sin apelación el ejercicio médico, que como supuesto de un quehacer profesional, alcanza y determina en la intimidad de los dos únicos principios transhistóricos: la salud y la vida*, y continua diciendo *el médico auténtico, el que es capaz de arriesgar todo, incluso su reputación, para salvar a un paciente, es un poco élite y así, es molesto para el de abajo, porque ni le comprende ni puede discutirle, y es incómodo para el de arriba, cuando planifica en socio-colectivo.*

Los que me conocen dicen que tengo una idea romántica de la medicina. Posiblemente, porque mantengo en mi talante y proceder ciertos rasgos de mis maestros, emulantes de lo sacerdotal, pero no en el sentido religioso, sino en el filosófico nacido del concepto de la capacidad de servir, de la tendencia a ayudar, a auxiliar al otro. Creo que, amén del derecho de todo ser humano a ser asistido ante la enfermedad, el deber de la asistencia es consustancial a determinados caracteres asociados con la vocación de servicio, con lo que deja de ser un deber para transformarse en una satisfacción que puede complimentar una vida. Con la mía, a poco que persista unos cuantos años más, lo ha hecho con creces.

Esta satisfacción, plena de responsabilidad, me ha sido posible con el ejemplo de vida de buenos maestros y que, a la vez, fueron maestros buenos, entre los que debo destacar, sin desmerecer a todos los demás sino todo lo contrario, al que más admiré y con el que tuve la fortuna de convivir durante más tiempo, el Prof. Benjamín Narbona Arnau que, aunque fallecido recientemente, permanece vivo en el corazón y el recuerdo de todos y cada uno de los alumnos de su Escuela Quirúrgica, a la que tengo el honor de pertenecer. Un maestro excelente, no sólo en la actividad asistencial, la técnica, la investigación y la docencia quirúrgicas, sino también en sobriedad, precisión, bondad, dignidad, responsabilidad y búsqueda constante de la verdad, como se trasluce de las palabras por él vertidas en la introducción de su discurso de entrada como Académico Electo de esta RAMCV, *“no pretendo, naturalmente, que acepten mis pensamientos, posiblemente erróneos, aunque sinceros, ni que comulguen con mis soluciones, quizás precipitadas, y menos que estimen con la misma jerarquía de valores que yo. Quiero tan solo mantenerme en el espíritu de la Academia, en el deseo espontáneo de acercarme a la verdad, a mi perspectiva de la certeza, por encima de la utilidad, del éxito y del poder, a nivel justo de la dignidad del hombre”* (Narbona, 1970).

Tal como señala el aserto *es de bien nacido ser agradecido*, por ello sean mis primeras palabras de agradecimiento sincero a las ilustres personalidades que configuran la Real Academia de Medicina y

Ciencias Afines de nuestra Comunidad Valenciana, sobre todo a los que avalaron mi candidatura, los profesores e Ilmos. Srs. académicos de número Justo Medrano, Luis Franco, Ignacio Petschen y Juan José Vilata, y a los que la apoyaron; así como a los que apoyaron a otros candidatos, posiblemente con más méritos para ostentar este honor. Espero y deseo estar a la altura de su esplendor y confianza y ser merecedor de la amistad de todos Vds. Mi agradecimiento más profundo y sincero a los colegas que me han presentado, mis padrinos, maestros y amigos los profesores Justo Medrano, catedrático de Cirugía y Vicepresidente de la RAMCV, y Juan José Vilata, catedrático de Dermatología y Académico de Número de esta Institución. Gracias por hacerme feliz.

Gracias a mis profesores de las Facultades de Medicina de Valencia, Montpellier, Lausanne y Mainz por sus enseñanzas y su amistad. Muchas gracias a los profesores Smith, Ferres, Martínez Soriano, Dalmases, Viña, Llombart, Peydró, Narbona, Cano, López Piñero, Tormo, López Trigo, Domergue, Saegesser, Frank y Navarro.

Todo mi cariño, amor y agradecimiento a mi familia. A mi mujer, Mercedes, compañera de equipo y razón de mi vida. A mis hijos. A mis nietos. A mis yernos. A mis sobrinos. A mis hermanos. Sin vosotros el camino nunca me hubiese llevado hasta aquí.

Un cariñoso y emocionado recuerdo para mis padres, Isabel, Agustín, Pilar y Santiago y mis hermanos Juan Luis, Agustín, Ángel y Pilar, para mi maestro, mi jefe y mi amigo el Prof. Benjamín Narbona y para el maestro y amigo Dr. José Zaragosí, que con toda seguridad, –aunque ni Vds. ni yo podamos verlos–, nos acompañan en este momento en este solemne acto. Nunca os olvidaré.

Gracias a mis amigos y mis compañeros de trabajo por la amistad, comprensión y soporte, en el más amplio sentido de la expresión, durante tantos años.

Y muchas gracias a todos Vds. por su manifestación de aprecio al acompañarme en este acto tan emotivo.

Es para mí un privilegio y una enorme responsabilidad, acceder a ocupar el sillón como Académico de Número que quedó vacante tras el fallecimiento del Prof. José Cano Ivorra el 2 de enero de 2015. Entre otras razones, porque tal como señaló el **Prof. Antonio Llombart**, Presidente de nuestra Institución, en la Sesión Necrológica que en su memoria realizó la RAMCV el 25 de junio de 2015 *“glosar la vida académica, científica y profesional del Prof. José Cano Ivorra entraña analizar la vida de la medicina y cirugía valenciana durante el pasado medio siglo y particularmente la de la Facultad de Medicina de Valencia en la Cátedra de Cirugía con el Prof. Carbonell Antolí, así como la del Hospital Provincial hoy Hospital General Universitario en donde ejerció su vocación como Jefe de Servicio de Cirugía A durante cerca de 40 años”*.

Realicé mi formación como médico, durante los cursos 4º, 5º y 6º de la Licenciatura, en la Unidad Docente que estableció la Facultad de Medicina en el antiguo Hospital Provincial, en donde los profesores Benjamín Narbona y José Cano eran los profesores titulares responsables de las disciplinas quirúrgicas de cirugía general y del aparato digestivo. Tras la licenciatura obtuve plaza, por oposición nacional MIR de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el Servicio de Cirugía General B, dirigido por el Prof. Benjamín Narbona Arnau. Servicio en donde con posterioridad obtuve por oposición los puestos de cirujano adjunto y jefe clínico, lo que me permitió convivir durante más de diez años con estos dos grandes maestros, con los que aprendí y disfruté de la cirugía durante los últimos coletazos de un tiempo glorioso en logros y avances quirúrgicos, al tiempo que profundamente humanitario. Ambos fueron durante la misma época Jefes de Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Valencia, uno del A y el otro del B, Académicos de Número de la RAMCV, Profesores Titulares de Cirugía y reconocidos cirujanos a nivel nacional e internacional. Baste señalar, entre los múltiples méritos curriculares y humanos de estos dos grandes cirujanos valencianos que el Prof. Narbona fue quién realizó la primera intervención a corazón abierto y las primeras resecciones pulmonares y esofágicas en España y quien diseñó una novedosa téc-

nica para el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico, la terescardiopexia, y el Prof. Cano el que creó la primera Unidad de Medicina Tropical de la Comunidad Valenciana y estableció personal ayuda solidaria durante muchos años a hospitales de la región de Kitgum, en el norte de Uganda, en donde se le conocía como *kuanamoi* (*el que viene cuando se le necesita*).

Por todo ello, cuando uno tiene el privilegio de acceder al sillón ocupado con anterioridad por una de estas autoridades profesionales, científicas y morales en una Institución tan insigne y ancestral como la Real Academia de Medicina y Ciencias Afines de la Comunidad Valenciana, y le dan a conocer que es preceptivo realizar un discurso de entrada, acude a su mente, entre otros, el doble temor a dirigirse a un auditorio tan sumamente reconocido en los planos profesional, académico y personal y que dicho discurso no tenga interés científico y/o social.

Por estas razones me voy a referir a aquello a lo que he dedicado una parte importante de mi vida laboral y profesional durante los últimos treinta años, y ello tiene que ver fundamentalmente con la Cirugía y la Comunicación con el enfermo, y más concretamente con la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)/Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI) y la Relación Médico-Enfermo. Las dos primeras con el objetivo de acortar la estancia de los pacientes en el hospital y ofrecer una mejor asistencia quirúrgica a un menor coste y la tercera dirigida a recuperar la confianza entre el médico, en este caso el cirujano, y el enfermo, no solo por sus connotaciones humanitarias y en la evolución adecuada de la patología operada, sino también porque la comunicación eficaz médico-paciente se relaciona positivamente con la calidad de la asistencia, la satisfacción de los pacientes y los resultados de salud (*Bellón y Martínez, 2001*), porque existe una influencia definitiva entre la calidad de esta relación y la adherencia del paciente al tratamiento prescrito (*McLane, Zyzanski, Flocke, 1995*) y porque los conflictos o dificultades en la relación médico-enfermo aumentan los costes en sanidad debido a que conllevan mayor petición de pruebas, más derivaciones y más hospitalizaciones (*Roger, 2011*).

Así pues, mi interés y dedicación a estos conceptos, CMA/CMI y el establecimiento de una adecuada relación con el enfermo, basada en el respeto a su autonomía pero fundamentalmente entroncada en una relación de amistad y confianza mutua, han tenido y tienen como principal objetivo practicar una cirugía de calidad pero también eficiente, o lo que es lo mismo coste-efectiva, pero no con la meta de ahorrar dinero sino con la de realizar un adecuado consumo de recursos sanitarios, sobre todo en esta época de crisis económica que más se me antoja de crisis global por sus implicaciones en lo referente a la ética de los valores sociales de los que la medicina y la cirugía no están exentas.

# 1 Introducción

El sistema de valores de los médicos, ligado durante mucho tiempo al paternalismo y el dualismo cartesiano, –al decidir por y para el bien del enfermo y considerarlo como una máquina que de vez en cuando sufre una avería que hay que reparar para recuperar la salud–, no pueden permanecer durante más tiempo, pues estos modelos de relación han producido una gran insatisfacción tanto en los enfermos como en los médicos, lo que ha venido conllevando reactivamente la demanda creciente de una asistencia más humanitaria.

Si bien la relación “democrática”, –en la que el médico aporta experiencia clínica, información y conocimientos técnico-científicos y el enfermo, tras la información recibida, decide libremente sobre todos aquellos aspectos referentes a su salud–, ha hecho más simétricos y equilibrados los polos del binomio médico-enfermo, no lo ha podido hacer del todo porque las decisiones que toma el enfermo no resultan del diálogo entre personas con iguales conocimientos, circunstancias y en la misma situación.

La aplicación de conocimientos técnico-científicos para tratar las enfermedades es necesario en buena lógica, pero la enfermedad no solo presenta aspectos físicos, sino también psicológicos emocionales como el miedo, la incertidumbre o el desamparo, y estos sentimientos no desaparecen con la aplicación de la técnica o la ciencia, sino con el afecto, la comprensión y en general con la humanidad.

Por las repercusiones psicobiológicas para el paciente y económicas para el sistema sanitario, aducidas con anterioridad, creemos imprescindible y necesario que el cirujano se responsabilice y preocupe por establecer una adecuada relación con el enfermo quirúrgico; una

relación de persona a persona, respetando sus derechos, entre ellos el de la capacidad de decisión, pero asumiendo cierto grado de proteccionismo hacia el ser enfermo por consideración y humanidad y adecuando esta relación a las circunstancias y situaciones diferentes en cada momento.

Por otro lado y como cirujano, por responsabilidad personal, profesional y social, siempre he procurado seguir y aplicar los principios marcados por los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia en todas las actuaciones diagnóstico-terapéuticas. La **eficacia** mide la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología médica a la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales de actuación. La **efectividad** mide lo mismo, pero en condiciones reales de aplicación por el médico. La **eficiencia** relaciona los beneficios medidos por la efectividad con los costes que supone obtenerlos. Así pues, y de forma lógica, de entre las posibles alternativas a nuestro alcance para diagnosticar o tratar una enfermedad debemos elegir primero las más eficaces; después aquellas que más beneficios rindan en la práctica en condiciones reales de aplicación, es decir, las más efectivas y por último, entre las alternativas efectivas seleccionadas, habrá que buscar la que rinda mayores beneficios en relación a su coste, o lo que es lo mismo, la más eficiente. En contraposición, la ética lleva a que todo médico se ocupe de proporcionar a sus pacientes el máximo beneficio que pueda y, con este fin, trate de conseguir recursos cada vez más efectivos. Tal esfuerzo, que pasa por alto el “coste de oportunidad” de pacientes de otros médicos y de pacientes potenciales del propio médico, queda así legitimado por la ética de la virtud y el deber (**Ortún y Rodríguez, 1990**). Por ello, y a nuestro parecer, en el contexto de un sistema sanitario financiado públicamente como el actual, el concepto de ética médica debería verse ampliado, de forma que incluyese la preocupación por el bien social, lo que podríamos denominar la *ética médica del bien común*, y ello en esta época va ligado entre otros al nivel de desarrollo de evoluciones organizativas, ya no futuras sino presentes, de la asistencia quirúrgica eficiente como es la CMA. Eficiencia demostrada puesto que con este sistema

se pueden operar más pacientes, con iguales o mejores resultados que en los operados con ingreso hospitalario, con una gran satisfacción de los enfermos y con una reducción de costes que en algunas patologías supera el 50%.

Sin embargo, y a pesar de estas circunstancias que ubican a la CMA como una forma de proceder en cirugía considerada como una de las mejores organizaciones para incrementar la eficiencia de los sistemas de salud, su desarrollo durante los últimos 25 años en España ha venido siendo muy dispar, irregular y, en general, menor del esperado. Mientras que en 1998-1999 el 65% de la cirugía programada en el Reino Unido se realizaba en hospitales de día/unidades de CMA, y en los Estados Unidos esta tasa ascendía al 70% (*European Journal of Anesthesiology*, 2001) en España la tasa de ambulatorización en esa época oscilaba entre el 12 y el 14%, incrementándose en 2005 solo hasta el 33,57% y según datos oficiales del Ministerio de Sanidad, se estimaba que la tasa global de ambulatorización no superaba en 2010 el 40% cuando más del 70%, y en algunas especialidades el 90%, de los procedimientos quirúrgicos pueden realizarse en régimen de CMA (***Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010***).

La necesidad de conseguir que los sistemas sanitarios alcancen mayores niveles de eficiencia, y más en esta época de crisis económica, es un deseo compartido por la mayoría de países occidentales desarrollados, así como la conveniencia de adaptar la demanda asistencial a los recursos sanitarios disponibles. Para ello, en el campo de la cirugía, es imprescindible que los gestores, los directores, los cirujanos y el equipo quirúrgico en general, asuman la responsabilidad de su participación en la contención del gasto sanitario, lo que en cirugía significa, entre otros, incrementar *el desplazamiento al medio quirúrgico ambulatorio de un mayor número de pacientes y procedimientos*.

Así pues y *aunque entre estos dos conceptos, **relación médico/cirujano-enfermo y CMA**, aparentemente parezca no existir un nexo de*

*unión, las importantes repercusiones médicas y económicas tanto de uno como del otro, señalan todo lo contrario, por lo que creemos que **deben ser considerados en la actualidad como dos de los baluartes más importantes en defensa del mantenimiento de nuestro sistema sanitario** tal como lo conocemos hasta ahora, sustentado en los principios de igualdad, universalidad, gratuidad y accesibilidad.* Por un lado, con la adecuada relación cirujano-enfermo se favorece la evolución de la enfermedad, la adherencia del paciente al tratamiento, los resultados de salud y la calidad de la asistencia y se evita el incremento de costes al anular los conflictos, la mayor solicitud de pruebas, las derivaciones y las hospitalizaciones de pacientes; y por el otro, con la CMA, es posible tratar más del 60% de las entidades nosológicas que configuran las diversas especialidades quirúrgicas, con iguales o mejores resultados de morbimortalidad que en los pacientes operados e ingresados, con un alto grado de satisfacción y con una importante reducción de los costes quirúrgicos, que para algunos procesos alcanza y en otros supera el 50%.

## **2 La relación médico-enfermo**

### **2.1 Antecedentes históricos de la relación médico-enfermo**

Cuando la medicina aún se encontraba en la prehistoria y estaban lejos sus primeros pasos como ciencia, se puede intuir la relación que se establecía entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado de restablecer su salud, el chamán, brujo, sacerdote o curandero. Desde los primeros tiempos de la humanidad el hombre primitivo al sentirse enfermo ha buscado ayuda en sus semejantes, haciendo su aparición ese “poderoso” individuo que se comunicaba con los dioses mediante rituales mágicos y sacrificios de animales para conseguir su curación. Esta concepción místico-religiosa define al “médico” como un representante de los dioses, por lo que la relación médico-enfermo se consideraba que partía del cielo y que

era tan antigua como los mismos dioses (**Cruz, Fragoso, González, Sierra, Labrada, 2010**).

Desde el Paleolítico hasta la Grecia clásica los puntos cardinales que delimitaron la relación médico-enfermo fueron: la tendencia a *la ayuda espontánea* del ser humano por el instinto de auxilio que opera en su alma, *la curación mágica*, –merced a la concepción de la enfermedad como un hecho sobrenatural, considerándose la entidad como un castigo o maldición y siendo la asistencia al enfermo realizada por magos, curanderos o chamanes–, y *el tratamiento empírico* (**Dörr A., 2004**).

Si bien es en el Código de Hammurabi, en Babilonia 1800 años antes de Cristo (a. de C.), cuando aparece por primera vez la relación médico-enfermo y se regula el ejercicio de la medicina, no es hasta los siglos VI y V a. de C. en Grecia cuando comienza lo que podríamos denominar medicina científica, al conferírsele a la enfermedad una explicación racional alejada del concepto mágico. Aparece el concepto naturalista de la salud y la enfermedad se conceptúa como un desorden natural. La medicina se basa en la idea de la existencia de una naturaleza universal, común a todas las cosas, y de una serie de naturalezas particulares, de las que se podían conocer sus constituciones a través de la razón, y al ser estas naturalezas susceptibles de ser conocidas por la observación y el raciocinio, se les podía ayudar a cambiar mediante el arte o *téckne*.

El médico deja de ser un mago e inicia su singladura como técnico de la medicina (**Lain Entralgo, 1969**) y su relación con el enfermo se caracteriza principalmente por una *philia*, por una amistad particular basada en el amor a la perfección de la naturaleza del hombre y al arte, en cuanto a que este es capaz de proporcionar la perfección. Estas actitudes del médico, referentes al amor a la naturaleza y al arte, vinieron a establecer dos principios: *no hacer daño y abstenerse de intervenir en aquellos enfermos en los que todo hace pensar que están cerca de la muerte* (**Dörr A., 2004**).

Hipócrates de Kos (Kos 460-Tesalia 370 a. de C.), –médico de la Antigua Grecia que ejerció durante el denominado siglo de Pericles,

alumno de Gorgias y Demócrito, y que muchos autores consideran como el padre de la medicina—, es una de las figuras más destacadas de la historia en reconocimiento a sus importantes contribuciones médicas como fundador de la escuela que lleva su nombre. Afirma que en la medicina hay tres elementos: *el enfermo, la enfermedad y el médico* y resalta *la fuerza potencial de la relación médico-enfermo en la curación de la enfermedad*, considerando que el enfermo es ante todo un hombre que hay que respetar y cuidar (**Gómez, 2002**). Así mismo señala que *la medicina es de aquellas artes que se caracterizan por ser benéficas para los que de ella se sirven, pero penosa para quienes la ejercen*, y añade que el médico *“tiene la vista contristada, el tacto ofendido y en los dolores ajenos sufre penas propias, mientras que los enfermos, por obra de este arte, escapan a los mayores males, enfermedades, sufrimientos, penas, muerte, porque contra todos ellos encuentra recursos la medicina”*.

Uno de los principios más importantes de esta escuela es que sus médicos se dedican a recuperar la salud de los enfermos pero aplicando un concepto basado no solo en la ausencia de enfermedad, sino con el objetivo de que el paciente consiga un *enekén hygieiés*, es decir un bienestar físico y espiritual (**Dörr O., 1993**). Esta visión integral del hombre, al considerar que no es solo una formación física sino un conjunto inseparable con lo psíquico, constituye un aspecto de vital importancia en el desarrollo de la medicina (**Levinson, 1994**) (**Peña, 2005**), así como la concesión de un nivel de importancia relevante a la relación médico-enfermo, entre otras razones, por sus implicaciones humanas y terapéuticas. El médico griego o *asclepiáde* se siente con vocación de auxiliar a sus semejantes por amor a la naturaleza y a la perfección, pero diferenciando claramente una *medicina sin palabras o muda, “ars muta”, dirigida a tratar a pobres y esclavos*, y una *medicina para hombres libres y ricos en la que la palabra del médico forma parte, junto a los restantes remedios, del arsenal terapéutico*.

El *Corpus Hippocraticum*, colección de setenta textos médicos escritos por Hipócrates y sus alumnos, resalta como uno de sus cuatro principios fundamentales *estudiar más al paciente que a la enfermedad*

y defiende que ésta es consecuencia de la alteración de los cuatro humores del organismo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Hipócrates indica que *el enfermo debe colaborar activamente en su curación* y que el médico no debe emplear sus fármacos hasta que no haya establecido con el paciente una relación terapéutica satisfactoria. Así mismo se incluye el Juramento Hipocrático, –que pocos médicos griegos cumplieron–, y se describe como debe ser la enseñanza de la medicina.

Para Platón, fundador de la Academia, –institución considerada como una de las primeras universidades europeas–, *el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad y la relación entre médico y enfermo es de amistad, siendo en ella fundamental la confianza del enfermo en la medicina y en el médico que le trata*. Señala que el mayor error era intentar la curación del cuerpo sin intentar la curación del alma (**Levinson, 1994**) (**Peña, 2005**) (**Borrell, 1989**). Así opinaba también Demócrito al manifestar que como médico podía curar las enfermedades del cuerpo y como filósofo las del alma.

En este sentido, en la cultura griega se considera la *existencia de una intensa conexión entre la acción de la palabra del médico y la curación de las enfermedades*; así para Aristóteles (Estagira 384 a. de C.-Calcis 322 a. de C.), –alumno de Platón, maestro de Alejandro Magno y fundador del Liceo en Atenas–, *la acción de la palabra del médico opera como un verdadero medicamento y produce acciones psicológicas en ciertos enfermos*.

Así pues, el método clínico, surgido en Grecia con la escuela Hipocrática de Medicina, dicta el camino a seguir en la búsqueda del diagnóstico médico de la salud o la enfermedad, para de esta forma establecer un pronóstico y tomar las decisiones terapéuticas adecuadas. (**Ilizástigui y Rodríguez, 1990**).

Posteriormente, el cristianismo establece que la relación entre el médico y el enfermo debe ser entendida como un acto de amor; en palabras de **Narbona 1970** *el cristianismo al poner el espíritu pone el amor*. Para un médico cristiano diagnosticar y tratar a un enfermo es expresión de un amor previo al conocimiento técnico y a la

prescripción de fármacos, derivado de los mandamientos del Nuevo Testamento resumidos en el aserto “*ama a tu prójimo como a ti mismo*”, aportando a la relación médico-enfermo dos conceptos revolucionarios: el amor y la igualdad. En opinión de Narbona, *si te amas a ti y para eso has de saber de tu intimidad, sentir tu propia estimación, querer tu libertad y la consiguiente angustia de ser libre, entonces y solo entonces ama igual a tus hermanos*. Como afirma **López Piñero 1961**, Lain Entralgo su maestro, en el libro *Enfermedad y pecado* publicado en 1961, *demonstró que la difusión del cristianismo condujo a dos cambios fundamentales: una consideración distinta del enfermo y una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad, no siendo valorado el enfermo como un deforme o como un pecador, convirtiéndose en el miembro de la comunidad cristiana en el que se ejercía de forma especial la caridad*. Con el cristianismo las órdenes religiosas se hacen cargo de forma gratuita de la asistencia de los enfermos, desvalidos y desheredados sociales ante la enfermedad, la pobreza y la muerte, creándose los primeros hospitales cristianos.

Si bien, tal como señala Lain Entralgo, *la predicación del cristianismo no tuvo entre sus fines inmediatos proponer a los hombres un nuevo modo de entender y practicar la relación entre el médico y el enfermo, a ninguno de ellos les hubiera parecido sorprendente que sus palabras fuesen origen de una novedad importante en la práctica y en la doctrina de esa relación*. (**Lain Entralgo, 1964**).

Con el inicio de la Alta Edad Media, tras la invasión de las tribus germánicas, se pierde la cultura grecorromana, lo que conlleva una regresión cultural, quedando los conocimientos médicos reducidos a los pocos manuscritos que se conservan en los monasterios. Son los monjes los que conservan los escasos textos de medicina clásica y quienes, en las enfermerías anexas a los monasterios, se encargan de la asistencia a los enfermos (**Lázaro y Gracia, 2006**).

En la Baja Edad Media se producen los inicios de recuperación de la cultura grecorromana, merced sobre todo a la traducción de textos clásicos, lo que apoya el desarrollo de la profesión médica, a la

vez que se va haciendo más laica (**Lázaro y Gracia, 2006**) y así en el siglo XII en Salerno (Italia) se estructura la enseñanza de la medicina en cinco años y en la mitad del siglo XIII se crean las primeras facultades de medicina en las principales ciudades europeas, adquiriendo con ello los médicos un mayor nivel técnico y dependiendo la asistencia sanitaria a los enfermos del nivel económico y la clase social a la que pertenece (**Roger, 2011**).

En el siglo XVII Descartes expone la dualidad de alma y cuerpo y realiza una separación tajante entre ambos, considerando al organismo como un sistema físico-mecánico y a la enfermedad como una avería del sistema. Este mecanicismo cartesiano en medicina, contribuye a la división del ser humano en partes similares a las de las máquinas, de tal manera que cuando enferman puedan ser tratadas de forma independiente sin tener en cuenta la unidad psicobiológica del ser humano.

En el siglo XVIII, con la Ilustración, la medicina sufre un importante desarrollo y los médicos empiezan a realizar el estudio natural de las enfermedades. Con la aparición de los hospitales y la creación de servicios y equipos multidisciplinarios para tratar las diversas entidades nosológicas, el número de médicos crece ostensiblemente y la medicina empieza a dejar de ser el acto entre un médico y un enfermo para pasar a ser un proceso colectivo no solo en lo referente al número de médicos, sino también al de enfermeras, personal administrativo y enfermos. Al tiempo el paternalismo de la relación médico-enfermo inicia su transformación paulatina en un igualitarismo democrático (**León, 2006**).

Es en el siglo XIX cuando se inicia realmente la que podemos considerar como medicina científica con el desarrollo anatomoclínico y fisiopatológico que buscan las causas de la enfermedad, considerándose a los síntomas como un efecto de ellas. Si bien es evidente los importantes avances que la medicina consigue durante esta época y que se describe mejor la enfermedad, no lo es menos que se olvida al enfermo transformándose éste, sobre todo en la medicina hospitalaria, en un objeto a conocer y una persona des-

conocida, por lo que la relación médico-enfermo durante esta época es muy insatisfactoria.

Los movimientos revolucionarios de los siglos XIX y XX logran que la asistencia médica sea más igualitaria. El enfermo toma consciencia de su derecho a la asistencia, la medicina progresa en tecnificación y especialización y reaparece un modelo humanizador en el que se considera que el enfermo ya no puede ser conceptuado únicamente bajo un punto de vista científico sino que ha de incluir a la persona enferma con su subjetividad. Este cambio, que intenta recuperar el poder de la palabra como factor terapéutico, hace resaltar la importancia de la relación entre el médico y el paciente. Freud con el psicoanálisis, considera que en la asistencia médica la relación médico-paciente es fundamental y que la historia clínica es el instrumento imprescindible que permite al paciente contar lo que le pasa y relacionarlo con su historia familiar y su vida cotidiana. Cree que la palabra, o mejor la cura por la palabra, es el mejor recurso para crear en el enfermo un estado anímico favorable a la curación. Otros como Marañón y Von Weitzsäcker incluyeron lo psicológico en el origen de la enfermedad. Para el primero *hay que buscar con más ahínco al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre*, afirmando que la medicina es ciencia, arte y oficio; el segundo considera que *el enfermo y la enfermedad constituyen un todo al que hay que interpretar de forma unitaria (Roger, 2011)*. Laín Entralgo ha desarrollado de forma clara en varios textos la tesis de Von Weitzsäcker según la cual *la medicina del siglo XX está profundamente marcada por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento y la toma en consideración de la persona concreta que es el paciente*. Es decir, se produce una introducción en la patología de la subjetividad, la personalidad y la biografía del enfermo, capaz de llegar a dar cuenta de la psicogénesis y las peculiaridades de su enfermedad. De aquí se derivará una conciencia creciente entre los médicos del siglo XX de que la atención a los aspectos personales y sociales del enfermo son parte inexcusable de cualquier práctica clínica (Lázaro y Gracia, 2006).

Curiosamente, *el progreso de las técnicas quirúrgicas, la especialización de la medicina, los mejores recursos técnicos de diagnóstico y tratamiento durante este siglo conllevan nuevamente olvidar la inclusión en el proceso de la subjetividad del enfermo y con ello el inevitable deterioro de la relación médico-enfermo.* En este sentido, Carlo Brutti (1991) plantea que el “hecho” tratado por la medicina no tiene relación con la persona, de este modo al paciente no se le reconoce el derecho a la palabra y el médico prefiere obtener la información de los aparatos y las exploraciones sofisticadas que de lo relatado por el enfermo durante la anamnesis y los datos obtenidos del examen físico realizado **(Lázaro y Gracia, 2006)** mediante la inspección, palpación, percusión, auscultación y la determinación de constantes vitales.

En la actualidad nuestra sociedad es mayoritariamente secular y sus miembros no se sostienen en creencias religiosas, ni conceptúan la enfermedad como una fatalidad que se debe aceptar por voluntad de Dios, ni aceptan sin objeción y crítica la voluntad del médico. A esta realidad evidente, se asocia al mismo tiempo *que la concepción del enfermo como persona, y no solo como objeto de estudio, en la relación-médico paciente se ha ido perdiendo en las últimas décadas (Dörr A., 2004) y deteriorando llegando algunos a negar su existencia en la actualidad.*

## **2.2 Tipos de relación médico-enfermo**

Según Lain Entralgo, *la relación entre un médico y un enfermo es una relación que vincula mutuamente a dos hombres, y continua diciendo que “el más grave error de quien aspire a describir recta e integralmente la consistencia de la relación médico-enfermo sería el de olvidar o desconocer su fundamento genérico; a saber, el hecho de que en ella se articulan más o menos eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester. Antes que tal estado de enfermedad, el estado de*

*enfermedad es una forma particular y accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica diagnóstica y terapéutica, la medicina –quiero decir, la condición del médico– es un modo peculiar y adquirido de la humana posibilidad de ayudar al semejante menesteroso. Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda” (Lain Entralgo, 1983).*

Como dice Dörr (**Dörr A., 2004**), *a través de la mirada, la expresión verbal, el contacto manual y la relación instrumental, médico y enfermo se comunican en cuanto tales entre sí, uno como persona enferma y otro como persona capaz de prestarle ayuda, ambos por tanto como personas.*

Pérez y cols. la definen como *una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados y continua diciendo que la práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla (Pérez, Vidaillet, Carnot, Duane, 2003).*

Así pues la relación médico-enfermo está formada por dos personas y el vínculo fundamental entre ellas, –aunque no el único–, es la palabra, por lo que la conducta del médico sobre todo mediante su expresión oral influye en el paciente y la de este en el médico. La relación está formada por el médico, el enfermo y la enfermedad y puede adoptar muy diversas formas, pero para Lain Entralgo (**Lain Entralgo, 1983**), todas las posibilidades se pueden resumir en dos: *la relación objetivante y la relación interpersonal.*

En la *relación objetivante o paternalista*, el médico convierte al enfermo en un objeto de contemplación, manejo o instrumento y la define como *“aquella en que uno de los dos hombres que la integran*

*intenta convertir al otro en puro objeto; y a mayor abundamiento cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal intención. Intencional e hipotéticamente, el otro queda entonces reducido a ser cosa, realidad exterior carente de libertad personal y de fines propios*". El médico es quien dirige los actos sobre el enfermo sin tener en cuenta su parecer y, aunque trata de beneficiarle, no respeta su autonomía ni su derecho a decidir; todo ello con la finalidad de evitarle un daño, paternalismo no maleficente, o proporcionarle un bien, paternalismo beneficente. Se trata de una relación vertical y asimétrica como la que establecen los padres con sus hijos y en donde se supone que los primeros siempre quieren lo mejor para estos, pero sin tener en cuenta su opinión.

Sin embargo la *relación interpersonal* es la que se establece entre dos hombres cuando se tratan mutuamente como personas, afirmando **Lain** que *"el hombre es por esencia persona. Ser persona existente es la esencia del hombre"* y señalando que *"uno es persona en cuanto ejecuta actos inteligentes, libres y propios"*. Es un tipo de relación en la que el eje principal es el bien del paciente en el ámbito de una relación de confianza y respeto mutuos, con participación del enfermo en las decisiones tras la información del médico. El enfermo es una persona, por lo que su relación con el médico debe ser interpersonal, pero no total y completamente pues *el médico para ser un buen médico, tiene necesariamente que convertir en parte al enfermo en objeto contemplable*.

La relación médico-enfermo, como hemos dicho con anterioridad, ha sido a lo largo de la historia una relación fundamentalmente paternalista. El médico ha considerado al enfermo un objeto de estudio, tal como explicita **Lain** *"Así ha venido concibiéndola la patología de Occidente, desde Alcmeon de Crotona hasta nuestro siglo. Según ella, el enfermo ha de ser para el médico puro objeto de contemplación cognoscitiva y puro objeto de manipulación terapéutica. El paciente debe ser en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; y cuanto en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya*

*de apartarse de estos esquemas será, a lo sumo, concesión táctica y resignada, –no científica y no técnica–, a la nunca bien dominable realidad del mundo exterior”.*

Pero para Laín (**Laín Entralgo, 1983**), *la relación interpersonal perfecta es la díada que es el nosotros de un yo y un tú amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión física.*

*Entre los dos extremos, relación objetivante y relación interpersonal, existen dos relaciones intermedias: el dúo y la cuasi-díada. El dúo es el conjunto de dos personas unidas entre sí para lograr una meta exterior a ellos como por ejemplo un contrato mercantil. La cuasi-díada es una relación de ayuda posible de tres tipos: el consejo, la educación y la asistencia médica, siendo esta última la que se lleva a cabo cuando un médico trata a un enfermo. Concluye que dentro de las relaciones interhumanas “la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud”.*

Para otros (**De la Uz, 2010**) estos dos tipos de relación, objetivante e interpersonal, se ven implementadas por otros dos, cuales son la *relación dominante*, que viene a ser como la relación paternalista pero al contrario, es decir el que dirige es el enfermo, pues es él el que de acuerdo con sus conocimientos y/o con el diagnóstico establecido por el mismo, en ocasiones tras su consulta en internet, exige que se le realicen determinados procedimientos y técnicas. Es un tipo de relación nada deseable que suele darse cuando el médico tiene poca experiencia en la que el exceso de autonomía del enfermo puede ser perjudicial en primer lugar para el propio enfermo y, por supuesto, para la relación con su médico. El otro tipo de relación es la *mecanicista*, frecuente en los hospitales, en el que enfermo no elige al médico y no siempre es atendido por el mismo médico lo que dificulta la relación. El exceso de burocracia y de trámites administrativos, opinamos como Arrubarrena, que además de retardar el diagnóstico y el tratamiento, deterioran esta relación (**Arrubarrena, 2011**).

Otros como **Veatch, Emanuel y Charles (citados por De la Uz, 2010)** hablan de cuatro modelos: *el paternalista, el deliberativo compartido, el interpretativo contractual y el informativo técnico*. Los dos primeros se corresponden respectivamente con los tipos descritas por Laín Entralgo y tanto el tercero, *el interpretativo contractual*, como el cuarto, *el informativo técnico*, se corresponden con la relación dominante de De la Uz. Se trata de un modelo en el que el enfermo toma una posición hegemónica, delibera y decide, actuando el médico sólo como un consejero en el modelo interpretativo contractual y como un asesor técnico en el modelo informativo técnico (**De la Uz, 2010**).

Para Hernández (**Hernández et al., 2006**) también existen cuatro modelos de relación, que viene en denominar como:

- *Modelo de las tres funciones del médico*: consistente en recolectar información, responder a las emociones del paciente y educar e influenciar la conducta del mismo para su mejor manejo.
- *Modelo clínico centrado en el paciente*: presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y sugiere también una comprensión compartida de médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo.
- *Modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente*: desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas. La familia es considerada el contexto más relevante que puede influir en la salud, la enfermedad, y resulta clave para la obtención de buenos resultados.
- *Modelo de autoconocimiento del médico*: parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede hacer más eficaces sus encuentros clínicos.

Para Rodríguez (**Rodríguez, 2006**) el modelo más práctico en la relación médico-enfermo es aquel que distingue tres formas distintas:

- *Relación paternalista o activo-pasiva* que se establece por lo general con enfermos en coma o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa.
- *Relación de cooperación guiada* o modelo autonomista donde decide el paciente y el médico tiene el rol de consultor. Se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y en su tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas y crónicas.
- *Relación de participación mutua* o modelo de toma de decisiones compartidas.

A pesar de que no puede afirmarse de forma categórica que un modelo de relación es mejor que otro, parece adecuado que el médico adopte un tipo de relación u otro acorde a las necesidades del enfermo en cada momento y teniendo en cuenta sus aspectos psicológicos y sociales (**Ruíz, Rodríguez, Epstein, 2003**).

En la actualidad, debido a los cambios que se han producido en la relación médico-enfermo, se ha puesto en tela de juicio tanto su concepto bipolar, médico y enfermo, como su denominación, relación médico-enfermo. Ello es así porque en este contacto ya no participa sólo el médico sino también la familia, la administración del hospital, el equipo de enfermería, etc. y no hay acuerdo sobre la forma adecuada de denominar al “afectado”: enfermo, paciente, cliente o usuario. No todas las personas que acuden al médico están enfermas ya que algunas acuden a prevenir y/o a descartar estarlo; de igual forma no parece muy acertada la de “paciente”, pues éste ha ido dejando de ser un elemento pasivo en la relación para convertirse en un sujeto activo; ni el de “cliente”, porque el hecho conlleva el poder elegir donde “consumir”, –en este caso elegir al médico que quiere que le trate, circunstancia de difícil implementación en nuestro país– y totalmente inapropiado en la tradición médica europea. Otros se inclinan por el término “usuario”, hablándose de “relación sanitario-usuario”, expresión que también tiene sus connotaciones pues parece reducir al enfermo a un consumidor de servicios sanitarios (**Lázaro y Gracia, 2006**).

Y, por último, otros hablan de relación clínica (**Gracia, 1999**), en vez de relación médico-enfermo, pudiéndose distinguir tres tipos: *la relación clínica paternalista, la oligárquica y la democrática*. La primera es una relación vertical y asimétrica en la que el médico ordena y el paciente obedece. La segunda, la “oligárquica”, es también una relación vertical pero quien toma las decisiones por el enfermo es un equipo asistencial, lo que tiene como aspecto positivo que las decisiones que se adoptan están más formadas una mayor seguridad, pero el inconveniente de que es una relación de mayor conflictividad más conflictiva y menos confidencial. Y, por último, la relación clínica “democrática”, que ha hecho más simétrica la relación médico-enfermo, en la que el médico aporta conocimientos científicos y técnicos y el enfermo, tras la información recibida, con su autonomía decide libremente sobre todos los aspectos referentes a su salud. De todas formas es necesario hacer entrar en consideración que la toma de decisiones por el enfermo no resulta de un diálogo entre iguales, pues la relación no es completamente simétrica y sólo se ha democratizado con respecto a la verticalidad paternalista del médico.

### **2.3 La comunicación interpersonal**

Uno de los pilares básicos de la relación entre el médico y el enfermo es la comunicación y ésta no solo se produce con palabras, aunque estas sean la base de dicha relación, pues mediante los gestos, la postura corporal, la mirada, la forma de dar la mano, etc, en ocasiones y de forma inconsciente, tanto el médico como el enfermo pueden transmitir más información que con las propias palabras.

Entendemos por comunicación al proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes, siendo la capacidad de comunicarse una de las características fundamentales que distingue a los seres vivos de la materia inanimada. En el proceso de comunicación existe un emisor que emite un mensaje codificado mediante una serie de códigos, el lenguaje, que se transmite a través de un medio,

el receptor lo recibe, lo decodifica e interpreta la información que contiene.

Si bien los seres humanos en sus actividades diarias y habituales emplean preferentemente la comunicación verbal, ésta no es la única forma de comunicación que utiliza. La comunicación entre los humanos ha adoptado muchas formas pero las más importantes y permanentes son la comunicación verbal y la comunicación no verbal, gestual o corporal; pudiéndose añadir otra, sobre todo en el mundo sanitario, como es la comunicación del entorno.

### **2.3.1 Comunicación verbal**

La comunicación verbal puede realizarse de dos formas: *oral* mediante el lenguaje articulado, las palabras, y *escrita*, por medio de la representación gráfica de signos, la escritura. En medicina al contar con un sistema de codificación explícito, su efectividad es alta, pero no está exenta de problemas. El primero que puede darse, en relación a la comunicación con el enfermo, es que los emisores de la comunicación, el médico, la enfermera, el auxiliar, etc., no tengan consensuada su codificación de manera explícita, es decir no relatará al enfermo lo mismo y con las mismas palabras un médico adjunto, un MIR o una enfermera. Otra situación de mayor importancia reside en el lenguaje del receptor que debe decodificar el mensaje, es decir el paciente y su familia, pues no cuenta con el mismo código que el emisor, lo que condiciona una asimetría en la información y en el conocimiento entre el médico y el enfermo.

Las características que definen la comunicación oral, vínculo ancestral de transmisión de cultura, es que se utilizan conceptos y que lo comunicado debe vincularse al objeto de modo claro, así como que lo que se transmite debe hacerse mediante palabras inteligibles para el receptor, que los mensajes deben ser de contenidos y que cuando se transmita un sentimiento o una emoción se haga expresando el estado de ánimo con palabras. Es una comunicación más rápida, que conlleva una retroalimentación inmediata y que proporciona mayor can-

tividad de información en menos tiempo; por contra tiene un elevado potencial de distorsión y un mayor riesgo de interpretación personal.

En cuanto a la comunicación escrita tiene como aspectos positivos, que queda un registro permanente de la comunicación y que el contenido del mensaje es más preciso y claro, y como desventajas, que consume más tiempo, que carece de retroalimentación inmediata y que no existe seguridad de la recepción ni de la interpretación del mensaje.

### **2.3.2 Comunicación no verbal, corporal o gestual**

Evolutivamente hablando, el lenguaje corporal nos acompaña desde mucho antes de convertirnos en humanos, está fuertemente vinculado con la parte emocional, intuitiva e instintiva de nuestro cerebro y se desarrolla principalmente en el plano inconsciente. La comunicación no verbal es anterior al lenguaje y tan antigua como el propio ser humano, entendiéndose como tal *al proceso de comunicación en el que existe un envío y recepción de mensajes sin palabras, es decir mediante indicios, gestos y signos (Comunicación no verbal en <https://es.m.Wikipedia.org>).*

Ha recibido menor atención y estudios científicos que la comunicación verbal, merced a que se trata de una manera menos estructurada de transmitir la información y más difícil de interpretar, razón por la que hasta la década de los 50 del siglo pasado la cantidad de publicaciones fue muy escasa y se limitó a relatos contenidos en algunos estudios, como el de *Charles Darwin (Darwin, 1872)* en el que señala que los humanos tienen elementos de expresión que le son comunes en todas las culturas, destacando la importancia de la comunicación y la expresión en la supervivencia biológica. No cabe duda de la importancia de lo no verbal en la totalidad del proceso de comunicación, pues acompaña a la comunicación verbal matizándola y ampliándola. Los códigos son más indefinidos sobre todo porque el emisor no es consciente de los mismos en su totalidad y además no es capaz de controlarlos todos. Indefinición también válida para la

comunicación enfermo-médico, pues muchos de los gestos del enfermo que decodificamos como negativos pueden tener un significado diferente y que desconocemos.

Estos mensajes pueden ser comunicados a través de gestos, de objetos como la ropa, del peinado, la arquitectura o símbolos y la infografía, así como por medio de la conducta, pues hay un monitoreo continuo de lo que hacemos y lo que el otro percibe (*Keats, 2008*).

Para la persona que envía el mensaje, la comunicación no verbal se suele expresar a través de la cara mediante el ceño, la sonrisa, la mueca y la dirección de la mirada, del cuerpo a través de la postura, sobre todo de brazos y piernas y la distancia con respecto al otro y en el tono y el ritmo de la voz; y para la persona que lo recibe, son la vista, por la que percibe la forma, el color y el tamaño de las cosas, el oído por el que capta los sonidos, el olfato por el que distingue los olores y por el tacto mediante el cual nota el frío, el calor, etc. de los objetos.

El lenguaje gestual tiene una gran dimensión cultural. Los elementos de los códigos no lingüísticos no son instintivos sino aprendidos dentro de una cultura. Por ejemplo la sociedad italiana, emplea muchos gestos y expresiones faciales, sin embargo la japonesa muy pocos y los latinos guardan menos distancia entre los interlocutores que en la anglosajona y el volumen de la voz más alto (*Rebel, 2014*).

La comunicación corporal, evolutivamente anterior al lenguaje verbal estructurado, es una parte esencial del sistema de comunicación humano y resulta importante en muchos intercambios comunicativos al complementar adecuadamente el discurso verbal. El lenguaje corporal puede revelar más información y ser más elocuente que las palabras, pues inconscientemente nuestro cuerpo transmite de forma permanente información sobre nuestros sentimientos y nuestro carácter y personalidad. Mediante gestos, expresiones y posturas se pueden emitir mensajes comprensibles para el receptor sin haberse puesto previamente de acuerdo, lo que permite complementar la información verbal.

Uno de los aspectos más importantes en las relaciones interpersonales, y que creemos debe interesar al médico en su relación con el enfermo, es el saludo, y el apretón de manos la forma más habitual de saludar a otra persona en casi todos los países. La firmeza o la suavidad al dar la mano también forma parte del lenguaje no verbal y las diferentes culturas. Mientras en Alemania, Austria, Dinamarca, Grecia, Suecia, dan un buen apretón de manos, en España, Italia y Francia el apretón de manos es más suave y se acompaña de abrazos, palmadas en la espalda o besos en la mejilla. Mientras en Egipto, Jordania, Arabia Saudita y Sudán el apretón de manos es cálido y suave, en Australia y Nueva Zelanda es firme y en el Líbano se acompaña de una inclinación de cabeza. En algunos países asiáticos como Japón, China y Corea del Sur permanecen saludos tradicionales como la reverencia y en algunos sitios juntan las palmas de manos como en actitud de rezar, a la altura del pecho inclinando la cabeza ligeramente. En los países africanos y los de Oriente Medio, debido a las múltiples nacionalidades y colonizaciones sufridas, la gestualidad es muy variada y mientras en Zimbabue las mujeres hacen una reverencia, en las grandes ciudades de los países del Magreb los amigos se saludan con besos en las mejillas. En los países del centro y sur del continente americano los hombres se dan la mano suave, reteniéndola más tiempo que los europeos, y se abrazan golpeándose mutuamente la espalda y las mujeres se dan un beso. Así mismo y por lo general en todos los países mover la cabeza de arriba abajo es un signo de afirmación y moverla latero-lateralmente de negación, excepto en Grecia, Bulgaria y Turquía que significan todo lo contrario (**Pease, Pease, 2010**).

Otro aspecto de vital importancia en las relaciones interpersonales, es la mirada pues sirve para interactuar y marcar los turnos de palabra en una conversación, siendo raras las personas que no miran a su interlocutor y frecuente las que antes de dar una respuesta desvían la mirada, avisando de su nueva participación, así como asentir con la mirada con la que establecen la duración del turno de palabra y el tiempo durante el que mantienen la mirada pues les ayuda a saber que piensa el interlocutor. Una persona insegura no mantiene

la mirada fija en su interlocutor durante mucho tiempo y cuando en una conversación aparecen temas personales por lo general disminuye el contacto visual. En la cultura europea, estadounidense, canadiense, británica y judía es importante mantener la mirada, sin embargo en Japón, Tailandia y Corea una mirada a los ojos es considerada una señal de intimidación y una falta de respeto en ciertas condiciones para los africanos (un niño no puede mirar directamente a un adulto y una mujer oriental no debe tener contacto ocular prolongado con un hombre extraño) (*Axtell, 1993*).

La conducta no verbal se expresa principalmente a través de siete canales del lenguaje corporal que junto al discurso verbal conforman la comunicación (*Pease, Pease, 2010*).

- Expresiones faciales: Las expresiones de la cara son lo primero en lo que fijamos nuestra atención al interactuar con otras personas, considerándose el indicador emocional más potente pues vienen a reflejar las emociones básicas como son la alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, asco y desprecio, siendo imprescindible saber distinguirlas para dominar el lenguaje corporal.
- Gestos: Existen gestos ilustradores, emblemáticos, adaptadores, reguladores y manifestadores. Los primeros se refieren a cualquier movimiento corporal que desempeñe un papel auxiliar en la comunicación no verbal, acompañe al discurso verbal y preceda milésimas de segundo a las palabras. Los emblemáticos son aquellos que tienen su propio significado sin necesidad de utilizar palabras, como mover la mano en señal de despedida. Los adaptadores son aquellos gestos que conllevan manipulaciones de nuestro propio cuerpo para canalizar las emociones, los Reguladores son con los que dirigimos la interacción y que suelen ser utilizados para marcar el ritmo de la interlocución, como las inclinaciones rápidas de cabeza que vienen a transmitir el deseo de que el otro deje de hablar y las inclinaciones lentas todo lo contrario, que el interlocutor continúe, y por último los gestos manifestadores que son aquellos con los que transmitimos nuestros sentimientos (*Ekman, 2014*).

- Postura corporal: La postura corporal es también un potente indicador del estado emocional y expresa básicamente con la exposición del tronco la mayor o menor apertura hacia los demás. Las posturas erguidas transmiten actividad y positividad y las contraídas pasividad y negatividad. Al parecer las posturas influyen en nuestro estado de ánimo y en la secreción hormonal. Visualmente la postura tiene también una gran incidencia en nuestra imagen personal, sobre todo para transmitir confianza, estabilidad y seguridad.
- Apariencia: Junto a las expresiones faciales es uno de los aspectos más influyentes de la comunicación a la hora de formarnos una primera impresión de alguien, pues nos informa del sexo, de la cultura, la profesión, etc. de otra persona. Algunos estudios acreditan también la influencia de la apariencia en la persuasión, como la bata blanca del médico.
- Háptica: Estudia el tacto y su influencia en la forma de relacionarnos. Investigaciones recientes demuestran el poder del tacto y su capacidad de influenciar las conductas ajenas como sucede entre los médicos y los pacientes. El contacto físico tiene un marcado componente cultural que es mayor en países latinos y árabes en los que una palmadita en la parte alta de espalda sirve para establecer una buena relación.
- Proxémica: Estudia el uso del espacio en la interacción. Es la forma más directa de la que dispone el lenguaje corporal para mostrar cercanía o distancia y es variable para cada individuo e, incluso, para cada momento. Socialmente cada persona tiene su propio espacio que limita con la aparición de cualquier señal de molestia ante la aproximación.
- Paralenguaje: El paralenguaje es el indicador emocional más fiable junto a las expresiones faciales y la postura corporal. Son las cualidades no verbales modificadoras de la voz, y el uso de los sonidos y los silencios con las que afirmamos o contradecemos lo que

hablamos. La voz puede llegar a transmitir más que las palabras con el uso adecuado del volumen, el tono, o la velocidad y llegar a tener una gran influencia en la credibilidad y la persuasión, como sucede con las voces nasales.

De forma esquemática se puede afirmar que las expresiones y gestos de un ser humano son la resultante de la suma de las expresiones heredadas, las adquiridas a través de la cultura (género, familia, región, país, nivel económico, etc.), las características de la profesión y las propias de nuestra personalidad.

La relación médico-enfermo es una relación interpersonal directa, de alto contenido emocional y en la que casi todo puede ser, subjetiva u objetivamente, fuente de comunicación e información para los dos componentes de la misma. Los enfermos en su relación con el médico en consulta transmiten mensajes (aspecto físico, forma de expresarse, preguntas, resultados de las exploraciones, miedo, angustia, estrés, etc.) que generan emociones en el médico que a su vez conllevan reacciones de exteriorización, inconsciente y difícilmente controlable, de gestos, posturas y formas de hablar; transmitiéndose de esta forma mensajes ocultos que refuerzan o contradicen lo que nuestras palabras quieren manifestar. Así mismo, los pacientes buscan en las expresiones, gestos, mirada, tono de voz, postura corporal, etc. del médico la respuesta clarificadora a lo que no han comprendido o no han acabado de comprender a través de la comunicación verbal. Tanto es así que la mayoría de veces los enfermos concluyen y forman su opinión tras la observancia de gestos y detalles del médico, como si el apretón de manos al recibirlo y al despedirlo ha sido corto o duradero, si lo ha mirado a los ojos al escucharle o al decirle aspectos relevantes del diagnóstico o la terapia de su enfermedad o ha estado mirando la pantalla del ordenador, la velocidad con la que le ha hablado y revisado las pruebas, si ha permanecido de pie al lado de la mesa o sentado tras ella, si la puerta de la consulta ha estado abierta o cerrada, si ha mirado el reloj, si lo ha explorado al completo o no, etc.

## 2.4 El consentimiento informado

El miedo, la ansiedad, el estrés, la desconfianza y los sentimientos de dependencia que estimulan el acto quirúrgico hace conveniente y necesario que los cirujanos se sobreesfuerzen en lo referente a la comunicación verbal y corporal y la exhaustividad de la información a proporcionar al paciente quirúrgico y el reflejo por escrito de la misma en el documento de Consentimiento Informado (C.I.).

La base fundamental del C.I. se encuentra en el principio filosófico de Kant, por el que se considera que la dignidad del hombre reside en su autonomía moral y su libertad, por lo que no se puede considerar únicamente como un instrumento del Derecho aplicado a la Medicina, y con ello no sólo como un derecho del paciente y una exigencia legal del médico, sino también como un documento en el que se refleja por escrito la información oral ofrecida al paciente sobre las alternativas para diagnosticar y tratar su enfermedad, así como las posibles complicaciones derivadas de cada una de ellas. Esta información debe ofrecerse de forma lo más sencilla posible y adaptando las expresiones y jerga médicas al nivel cultural del enfermo.

Por otro lado, el C.I. es un presupuesto de la *lex artis*, y por lo tanto parte obligada del acto asistencial, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Sus bases legales se sustentan en primer lugar en el Código Penal, puesto que toda actuación médica, diagnóstica o terapéutica puede suponer la violación de algún bien jurídicamente protegido: la integridad física, la libertad, la intromisión en su intimidad o la manipulación de su dignidad como persona. Así mismo, la Ley General de Sanidad (14/86 de 25 de Abril) considera el C.I. como imperativo legal para realizar cualquier intervención quirúrgica, señalando las excepciones a la necesidad de su realización en aquellas situaciones en las que la no actuación médica suponga un riesgo para la salud pública o para terceros (enfermedades transmisibles, enfermos mentales, graves alteraciones del orden público o de la paz social), situaciones de urgencia vital en donde un retra-

so para obtener el C.I. comporte un riesgo de lesiones irreversibles o muerte, y por último cuando se trate de una situación médica de la misma identidad que la actuación consentida.

El C.I., para ser válido, y por ende legal, debe ser personal, simple, explícito e inteligible y abarcar la razón y el tipo de actuación, en este caso quirúrgica, sus riesgos y complicaciones, sus ventajas y las posibles alternativas diagnóstico-terapéuticas existentes. El C.I., por lo tanto, es el elemento legitimador de la intervención médica o quirúrgica, siendo el paciente el único que puede autorizar al médico a intervenir sobre él, siendo el paciente quien decide si acepta los riesgos que supone un diagnóstico o un tratamiento, pues es él quien tendrá que soportar las consecuencias derivadas de los mismos, razón por la que le corresponde tomar autónomamente la decisión.

Es un derecho y un deber tanto del paciente como del médico; el primero tiene el derecho a decidir sobre su vida y el deber de tomar parte en las decisiones concernientes a su salud, basándose en la información obtenida de los profesionales sanitarios y en sus propios intereses o principios y el médico tiene la obligación de informar al paciente de su estado de salud y de las medidas más adecuadas para conseguir su curación y además el derecho a que el paciente se implique en los actos diagnósticos y terapéuticos, compartiendo la responsabilidad con él.

Para algunos ha venido siendo considerado como un trámite burocrático, otro papel más, y una exigencia legal que no había más remedio que cumplimentar, sin embargo para otros, entre los que nos encontramos, ha supuesto un paso muy importante en la actual relación médico-enfermo, pues consigue que el paciente se implique en las decisiones que afectan a su vida y por otro lado se actúa con la seguridad de no ir en contra de la voluntad del enfermo (***Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002 de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. 2003***).

## **2.5 La visión actual de los enfermos sobre su relación con los médicos y viceversa**

Así pues ¿Cuál es en la actualidad la visión que tiene el enfermo con respecto a la conducta del médico y viceversa? ¿Qué características fundamentales debe tener su relación para considerar que es la adecuada en sus vertientes humana, humanitaria, científica y económica?

Para intentar responder a estas preguntas hemos tomado como punto de partida dos publicaciones que ofrecen la visión del enfermo sobre su relación con el médico y la de éste en su relación con el primero.

Una publicación de interés sobre los parámetros que enmarcan, en opinión del enfermo, la conducta ideal del médico, en lo referente a su relación interpersonal, es resultado de las encuestas vía telefónica realizada a 192 pacientes en los años 2001 y 2002, con un número equivalente de hombres y mujeres escogidos al azar, previamente asistidos en 14 servicios de diferentes especialidades de las Clínicas Mayo de Arizona y Minnesota en los EE. UU. con el objetivo de establecer un perfil básico de conducta médica ideal en opinión de los enfermos, obteniéndose el listado siguiente:

- **Confianza:** se refiere al estado del arte que aplica en las prácticas y procedimientos médicos. No se molesta ante las preguntas de los pacientes sobre la información médica adquirida de otras fuentes independientemente de su veracidad. Es accesible al paciente, familiares y colegas.
- **Empatía:** hace contacto visual con el paciente y los familiares. Identifica las comunicaciones verbales y no verbales de sus pacientes. Habla en un tono de voz agradable y tranquilo.
- **Humanidad:** usa un contacto físico apropiado, es atento y muestra interés en estar el tiempo necesario con el enfermo a través de movimientos sin apuro. Reconoce a su familia y le ayuda a solucionar problemas no médicos. Utiliza el humor apropiado duran-

te la consulta y recuerda detalles de la vida del enfermo conocidos en la visita anterior.

- **Franqueza:** no disfraza ni oculta la información. No usa términos médicos durante la consulta y explica los pros y los contras del tratamiento, asegurándose que el enfermo lo ha entendido.
- **Respeto:** Sabe escuchar con atención y no interrumpe cuando el paciente describe sus síntomas. Le ofrece opciones pero también recomienda el consumo del tratamiento. Respeta el pudor del paciente durante la revisión.
- **Metódico:** Da explicaciones detalladas e instrucciones por escrito. Cita al paciente por periodos adecuados. En los casos difíciles o complicados expresa al paciente el deseo de consultar a otros médicos o hacer una investigación bibliográfica.

En resumen, según este estudio, para los enfermos las características fundamentales que debe tener la conducta del médico que se podría considerar como ideal son: *confiable* (inspira confianza), *empático* (trata de comprender lo que yo siento, tanto física como emocionalmente y me lo comunica), *humano* (es comprensivo, compasivo y amable), *franco* (me explica lo que necesito saber de forma sencilla y directa), *respetuoso* (me habla seriamente y comparte conmigo su trabajo) y *metódico* (es diligente y dedicado a mi problema) (**Bendapudi, Berry, Frey, Turner, Rayburn, 2006**).

Por otra lado, si bien se han realizado estudios para conocer la naturaleza de estos cambios y su impacto sobre los enfermos, pocos han sido los que han evaluado el nivel de satisfacción de los médicos en su relación con el enfermo, entre ellos el publicado por Bascuñán en 2005 quien realizó un estudio (**Bascuñán, 2005**) cualitativo de 44 médicos de diversas edades y práctica profesional a los que se les hicieron las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los cambios principales que los médicos perciben en la práctica de la medicina durante el periodo que han ejercido?

- ¿Cuál es la percepción del impacto que tales cambios han tenido sobre el grado de satisfacción con la práctica?
- ¿Cuáles han sido las principales estrategias de afrontamiento que los médicos refieren han aplicado frente a estos cambios?

Los resultados mostraron que si bien los médicos estudiados valoraron de diferente manera los cambios ocurridos en la medicina en los últimos años, todos ellos mencionaron la relación médico-enfermo como uno de los de mayor impacto negativo en su satisfacción personal y profesional, así como que la tecnificación y especialización de la medicina han provocado en gran parte su deshumanización y contribuye al desmembramiento del paciente en órganos y la pérdida de visión de conjunto y que la burocratización de la medicina está conllevando una progresiva despersonalización de la relación, al no existir tiempo para crear un lazo afectivo con el enfermo.

Otras opiniones vertidas son que los estándares de la medicina basada en la evidencia y la tecnología han ido reemplazando al arte de la medicina, la experiencia y las habilidades del médico, considerando que todo está programado, –número de pacientes, tiempo a dedicar a cada uno, lo que se debe hacer en cada caso, etc.–, transformándose el médico en un funcionario que debe aplicar estos estándares y satisfacer las necesidades del “cliente”. Así mismo, la introducción de variables económicas en la medicina también es asociada a la pérdida del arte y del nivel de control en el ejercicio de la profesión. Entienden que el sistema sanitario ha sido invadido por los gestores, empezando la medicina a transformarse en un mercado donde se maximiza la relación coste-efectividad y se presiona al médico para que sea más productivo.

Otro de los aspectos que resaltan es la creciente introducción del derecho en medicina, lo que interfiere en la tradicional relación “uno a uno” entre dos personas, médico y enfermo, pues el paciente está respaldado por otros actores sociales, generando de rebote una medicina defensiva. Son pacientes más informados, más exigentes, que acuden a la consulta del médico pidiendo exámenes específicos y que

reclaman con más facilidad responsabilidades legales a los médicos. Por otro lado existe un sentimiento nostálgico referente al reconocimiento, respeto y deferencia de los enfermos y de la sociedad en general hacia el médico. La relación ha cambiado, se ha “aplanado”, se ha horizontalizado, el enfermo se cuestiona lo que el médico hace y la ingratitud y agresividad de la gente hace que esta relación sea otra cosa. Se percibe un cambio fundamental y masivo en el nivel de exigencia y expectativas del enfermo y la sociedad. En su opinión se cae en el juego de cumplimentar todas las expectativas del paciente, en muchas ocasiones poco realistas, y se pide un examen tras otro a demanda del enfermo encareciendo la asistencia y creando una “burbuja” asistencial que de un momento a otro estallará, pero si no se les practica las exploraciones y/o los exámenes solicitados por el enfermo, este queda molesto e insatisfecho.

En su opinión, que compartimos, es necesario trasladar a la sociedad en general que en la actualidad ni los médicos ni los avances en medicina pueden evitar acontecimientos naturales de la vida como el envejecimiento y la muerte y que los médicos no somos dioses a pesar de que en muchas ocasiones se nos trate como tal puesto que no se nos permite cometer ningún error. Estas circunstancias conllevan la desconfianza creciente en los médicos, lo que a su vez genera una gran influencia en el nivel de satisfacción de los médicos, pues se presupone por parte del enfermo que todo lo malo que le pasa es por una mala praxis, existiendo una sensación y necesidad por parte del médico de “estar en guardia” por el cuestionamiento y la desconfianza de los enfermos en este sentido.

En este estudio los médicos son de la opinión que el vínculo del médico con el paciente aparece también como un factor central para afrontar los cambios en su relación, considerándose a la misma como un mecanismo de protección ante la frustración experimentada por los médicos. En expresión textual de algunos de ellos: *“tengo la esperanza de que una medicina humana y racional me conserve en contacto con mis pacientes”*, considerando que *“enriquece enormemente la vida personal viendo la retribución afectiva de una buena relación médico-enfermo”*.

### 3 La cirugía mayor ambulatoria (CMA)

#### 3.1 Antecedentes históricos de la cirugía mayor ambulatoria, laparoscópica y mínimamente invasiva

La Cirugía apareció mucho antes que los Hospitales y solo en los últimos siglos se ha venido trasladando a estos. No obstante, siempre ha persistido la tendencia a liberar la cirugía de la hospitalización.

La cirugía ambulatoria existe desde que hizo su aparición la misma cirugía, pero la Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.) o Sin Ingreso Hospitalario como sistema asistencial quirúrgico organizado, nació a mitad del pasado siglo en el Reino Unido por iniciativa de los médicos y cirujanos del Sistema Público de Salud, con la intención de disminuir sus largas listas de espera quirúrgicas y adecuar, de forma más racional, la demanda asistencial a los recursos sanitarios disponibles.

Ya habían existido experiencias previas que facilitaron su desarrollo, como la del ginecólogo McDowell quien en 1817 intervino a un grupo de pacientes a los que hizo deambular precozmente, —experiencia confirmada por Spencer en 1883 y Ries en 1899 (**Boldt, 1907**)—, y Cushing quien en 1900 recomendaba la anestesia local para la intervención de hernia inguinal con el objeto de no tener que ingresar a los pacientes en el hospital, al que consideraba como “*el foco más concentrado de infecciones y miseria*” (**Cushing, 1900**).

En **1909 James H Nicoll** en el Glasgow Royal Hospital for Sick Children intervino a 8.988 niños sin hospitalización y **Waters en 1916** inauguró un centro quirúrgico, primordio de los que serían con posterioridad los “freestanding”, en el que trató casos de cirugía menor y estomatología.

**Ravitch en 1946** describe en su trabajo la discusión mantenida entre Halsted y Kelly. El primero era partidario de mantener en cama durante tres semanas a los postoperados para favorecer la cicatrización de las heridas, mientras que Kelly apuntaba la necesidad de dar al paciente, tras la intervención quirúrgica, de alta lo

antes posible con el fin de disminuir morbilidad, ahorrar servicios de enfermería, dar mayor rendimiento a las camas y conseguir mayor eficacia del hospital.

**Farquharson en 1955** hizo deambular precozmente a sus 485 pacientes operados de hernia inguinal sin ingreso hospitalario cuando en esos tiempos en Inglaterra la estancia media postoperatoria en el hospital para esta patología era de 10 días. En **1956 Muller** describe un método ambulatorio de flebectomía y en **1961 Stephens** fue el primero en estructurar una organización de cirugía para pacientes no hospitalizados.

Estos antecedentes hicieron que esta forma de proceder en cirugía fuera rápidamente incorporada y desarrollada por EE. UU. a partir de los años sesenta, sin duda favorecida por las características de su sistema de salud, ya que muy pronto las compañías de seguros y centros hospitalarios privados intuyeron el importante potencial de reducción de gastos que conllevaría. Destacan las experiencias del Butterwoth Hospital de Michigan y la de Cohen y Dillon en la Universidad de California (**Cohen y Dillon 1966**) quienes, tras la experiencia de su trabajo, afirmaron que *“la seguridad de los pacientes no está en dependencia de que estén o no ingresados, relacionándose más con una adecuada selección de los mismos y una cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica”*.

La creación en **1969** por **Ford y Reed** del Surgicenter de Phoenix (Arizona), representó una innovación en la asistencia sanitaria quirúrgica al poner en evidencia como un centro totalmente independiente de un hospital podía prestar una asistencia de la misma calidad pero con un menor coste.

Mientras que en este país, con un sistema primordialmente privado, el desarrollo y la actividad de las denominadas *“freestanding day surgery units”* han venido siendo muy importantes (**Starkman y Venutolo, 1993**), en los países de nuestro entorno, con predominio de los sistemas sanitarios públicos, ha venido teniendo un nivel de aceptación variable.

En 1974 se creó la Federated Ambulatory Surgery Association (FASA) y en 1984 la Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA). En 1985 el Royal College of Surgeons del Reino Unido publicó unas recomendaciones para la práctica de la cirugía ambulatoria y un listado de procedimientos subsidiarios de realizarse ambulatoriamente, creándose en 1990 la British Association of Day Surgery. En 1994 se estructuró la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) y en 1995 la International Association for Ambulatory Surgery (I.A.A.S.).

A partir de esos años, podemos distinguir tres fases evolutivas en el desarrollo de la C.M.A. en España (**Marín, Zaragoza, Barrera, 1999**):

– *Etapa de constatación y viabilidad (1990-94)*. Esta nueva organización de la asistencia quirúrgica, se inició a partir de los años 90, –aunque ya en 1989 se celebró en Toledo el I Simposium de CMA–, viéndose favorecido su desarrollo por la aparición de nuevas tecnologías, abordajes quirúrgicos y anestésicos, que aportaban como beneficio una reducción de la agresión quirúrgica, una más pronta recuperación anestésica y una deambulación más temprana, lo que facilitaba el alta a las pocas horas del acto quirúrgico. Existen cuatro hechos que enmarcan esta etapa, la realización del I Congreso Nacional de C.M.A. (Hospital de Viladecamps-Barcelona 1992), la publicación de la Guía de Organización y Funcionamiento de la C.M.A. por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la creación en 1993 por la Societat Catalana de Cirurgia de una Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria (Societat Catalana 1993) y la estructuración en 1994 de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA).

– *Etapa de crecimiento (1995-99)*. Su inicio coincide con la realización del 2º Congreso Nacional de C.M.A. en Sevilla (1995). Durante esta etapa se produce un incremento importante del número de U.C.M.A.S, así como del número y tipo de procesos intervenidos (en 1993 eran 78 los hospitales que la practicaban, el de 12 las U.C.M.A.S. y 27.356 el número de procesos; en 1995 los hospita-

les eran 122, 16 las U.C.M.A.S y 62.890 los procesos; en 1997 los hospitales ya eran 144, las U.C.M.A.S 45 y el número de procesos intervenidos 143.000). En esta fase se realizan análisis económicos que ponen de manifiesto la disminución de costes por proceso y el ahorro importante en estancias hospitalarias innecesarias, iniciándose en algunos centros hospitalarios una financiación separada de la C.M.A.

- *Etapa de madurez y futuro (1999-2010)*: En esta etapa, se inicia un reconocimiento generalizado de la cirugía ambulatoria como práctica establecida, un incremento del número de protocolos de actuación y un aumento del número y del tipo de procesos quirúrgicos. Sin embargo los datos oficiales del Ministerio de Sanidad estimaban en 2010 que la tasa global de ambulatorización no superó el 40%, porcentaje que no se ha conseguido incrementar a pesar de la experiencia adquirida por los grupos de trabajo y los simposios y congresos nacionales e internacionales en los que han participado. (***Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2010***), quedando por estructurar definitivamente la inclusión de la C.M.A. en los programas de formación continuada, así como en los estudios de pre y postgrado en Medicina y Enfermería, y la investigación de las prácticas quirúrgicas más efectivas basadas en la evidencia científica.

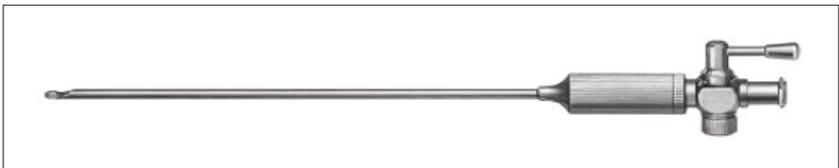
Por otro lado, y en lo que se refiere a la cirugía laparoscópica, si bien hace poco más de 20 años, en 1993, que el Prof. Balibrea escribía –en el prólogo del libro “Manual de Cirugía Laparoscópica”, (***Laporte 1993***) de mi querido amigo y eminente cirujano general y digestivo, pionero de esta forma de proceder en cirugía, el Dr. Enric Laporte, que “...la Cirugía ha conocido uno de sus avances tecnológicos más importantes por su trascendencia futura: la aplicación de los métodos endoscópicos al tratamiento quirúrgico de entidades nosológicas que habían sido abordadas tradicionalmente mediante la laparotomía o la toracotomía”, para conocer los orígenes de la laparoscopia hay que remontarse al siglo V a. de C. cuando la Escuela de ***Hipócrates de Coss*** (Grecia: 460-370 a.C.), quien describió la forma y uso de los espéculos rectal y vaginal.

Probablemente el primero que realizó una intervención similar a la laparoscopia fue el cirujano árabe *Abul Qasim Khalaf ibn al-Abbas-al-Zaharawi* (936-1013), conocido como **Abulcasis**, nacido en Madinat al-Zahra (Córdoba). Utilizó el fenómeno de rarefacción de la luz para iluminar la vagina y estudió la morfología del cuello uterino (**Online Etymology Dictionary Retrieved August 28, 2015, en: <http://dictionary.reference.com/browse/laparoscopy>**).

**Philip Bozzini** en 1806 desarrolló un endoscopio con luz artificial conocido como Lichtleiter (conductor de luz), compuesto por una vela de cera, varios espejos y un espéculo. En 1853 **Antoine J. Desormaux** lo empleó en humanos estudiando la vejiga, el útero y el cuello uterino y en 1880 **Thomas A. Edison** adaptó una bombilla a la punta del “endoscopio”.

En 1897 **Maximilian Nitze** modifica los endoscopios anteriores, dotándoles de lentes y de un conducto operatorio para introducir instrumentos y realizar dilataciones ureterales o extracción de cálculos (cistoscopia). Posteriormente, en 1901 **George Kelling** experimentó con cientos de cadáveres y perros usando un esofagoscopio diseñado por él y un sistema óptico diseñado por Nitze. Empleó esta variante del cistoscopio para explorar la cavidad abdominal en perros. En 1910 el sueco **Hans Christian Jacobaeus** (1879-1937), fue el primero en realizar un diagnóstico por toracoscopia utilizando un cistoscopio.

En 1918 **Otto Gotz** diseñó una aguja para introducir aire en la cavidad peritoneal (neumoperitoneo) que fue perfeccionada por Janos Veress en 1938.



**Figura 1. Aguja de Gotz-Veress para realizar el neumoperitoneo.**

En **1951 Heinz Kalk**, fundador de la escuela alemana de cirugía laparoscópica, publica 2.000 laparoscopias sin mortalidad y desarrolla un laparoscopio de 135 grados.

En **1937** el estadounidense **J.C. Ruddock** publicó un artículo en el que presentó 500 casos a los que había practicado una laparoscopia con biopsia, mejorando la técnica con un instrumento que permitía la electrocoagulación. **Raoul Palmer, en 1944** realiza las exploraciones ginecológicas colocando a las pacientes en Trendelenburg y controlando la presión del aire en la cavidad abdominal, marcando un límite en 25 mm de Hg.

En **1940** en Harvard el físico **William Bovie**, desarrolló el primer equipo de electrocirugía comercial, siendo utilizado la primera vez en un quirófano por Cushing en 1926. En 1952 **Fourestier** diseñó la fibra de vidrio, con lo que se conduce la luz desde el exterior a la cavidad abdominal, siendo la luz, hasta entonces proporcionada por bombillas especiales, sustituida por una varilla de cuarzo a bajas temperaturas (**García, Gutiérrez, Cueto, 2016**).

En **1960 Kurt Semm, (Davis, 1992)** diseñó un insuflador que medía el flujo de entrada y la presión del gas intraabdominal y en 1964 monta externamente la fuente de luz fría. En 1974 introduce el cable de fibra óptica y desarrolla un sistema de irrigación y aspiración para lavar las cavidades. En 1978 describe la técnica del nudo extracorpóreo y diseña instrumentos de corte y disección laparoscópica, realizando en 1981 la primera apendicectomía laparoscópica por esta vía de acceso y en 1988 estructura un pelvitainer. Posteriormente realizó enucleaciones de quistes ováricos, miomectomías, embarazos ectópicos e hysterectomías vaginales asistidas por laparoscopia.

En **1966** el físico **Harold H. Hopkins** rediseña la ubicación de las lentes colocándolas en el tubo más reducido del laparoscopio, lo que mejoró la definición de las imágenes y aumentó el ángulo de visión. (**García, Gutierrez, Cueto, 2016**).

**Hasson en 1971 (Hasson HM. Open laparoscopy vs closed laparoscopy: a comparison of complication rates. Adv Plan**

**Parent. 1978; 13-41-50)** desarrolló una técnica para realizar el neumoperitoneo y diseñó un trocar especial que merced a una vaina en forma de tapón impedía pérdidas de aire de la cavidad abdominal, tras la práctica del neumoperitoneo.

**Eric Mühe** en 1986 diseñó el Galloscope, un laparoscopio de visión indirecta y de mayor diámetro que los anteriores, con el que ayudado por instrumentos introducidos en la cavidad abdominal por dos vías de acceso suprapúbico, realizó en 1985 la primera colecistectomía laparoscópica y posteriormente una serie de 93 más.

**Phillipe Mouret** en 1983 realizó una apendicectomía asistida por mini laparotomía y en 1987 realizó su primera colecistectomía laparoscópica. **Francois Dubois**, tras la experiencia de Mouret realizó su primera colecistectomía laparoscópica en 1988, presentando posteriormente una serie de 330 casos, desarrollando en 1989 la vagotomía por laparoscopia como tratamiento de la úlcera duodenal.

La nueva técnica laparoscópica se presenta en el Congreso del Colegio Americano de Cirujanos en Atlanta en 1989.

Si bien es cierto que antes de la década de los noventa, los únicos especialistas que realizaban de forma habitual cirugía laparoscópica eran los ginecólogos, no lo es menos que a partir de ese momento y en poco tiempo la difusión de las técnicas fue mundial, iniciándose otras nuevas, merced al diseño de equipamiento y una gran variedad de instrumental quirúrgico de tal manera que actualmente son pocos los órganos y las técnicas quirúrgicas imposibles de abordar por laparoscopia (**Weber 2008**) (**García, Gutiérrez, Cueto, 2016**).

**Reddick y Olsen** en 1990 y **Arregui y cols.** en 1991 fueron los primeros en publicar los resultados de sus series de colecistectomías laparoscópicas sin ingreso hospitalario, manifestando la seguridad de su práctica y la reducción de costes que conlleva.

En 1991 **Moisés Jacobs**, realiza la primera colectomía por laparoscopia y **Bernard Dallemagne** realizó el primer floppy Nissen laparoscópico.

Convencido de los beneficios para los enfermos quirúrgicos de este nuevo sistema de organización de la asistencia quirúrgica, la CMA, y de esta nueva vía de acceso abdominal, la cirugía laparoscópica, nuestro hospital, el Hospital General Universitario de Valencia, fue el pionero en la Comunidad Valenciana y uno de los primeros del Estado español en estructurar la CMA e incorporar a su arsenal diagnóstico y terapéutico la cirugía laparoscópica, pues ya en 1990 su Servicio de Cirugía General y Digestiva, del que actualmente tengo la responsabilidad, estructuró una Sección de CMA, Cirugía de Corta Estancia y Mínimamente Invasiva y fue el responsable de la organización en 1992 del II Encuentro del Club Español de Técnicas Mínimamente Invasiva, primordio de las posteriores sociedades de CMA y Cirugía Laparoscópica. Esta Sección quirúrgica se transformó en Unidad en 1997 y en 2005 en Servicio de CMA, del que en la actualidad también tenemos la responsabilidad de dirigir.

### 3.2 Concepto de CMA

**Entendemos por** *Cirugía Mayor Ambulatoria (Cirugía Sin Ingreso, Cirugía de Día)*, término acuñado por Davis (**Davis 1986**), cuando el paciente es intervenido sin ingresar, y por lo tanto no pernocta en el hospital, independientemente de que la intervención se practique con anestesia local, regional o general, —excluyendo una intervención de cirugía menor ambulatoria o en consulta (**Zaragoza, Villalba, Trullenque, Company, 1995**)— y *Cirugía con Estancia Inferior a 24 horas (Cirugía con Recuperación Prolongada; “Overnight stay”)*, cuando el paciente es intervenido, pero requiere recuperación con pernocta hospitalaria, antes del alta al día siguiente, antes de las 24 horas. En realidad, estos dos conceptos responden a una misma filosofía, pues el primero puede ser consecuencia de la evolución del segundo y al contrario, estimándose que más del 60% de las intervenciones de la mayor parte de las especialidades quirúrgicas pueden realizarse de forma ambulatoria en unidades/servicios específicos, estructurados y organizados.

### 3.3 Tipos de unidades/servicios de CMA

Según la Comisión para la Elaboración de Pautas y Recomendaciones para el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria (*Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria. Academia de Ciéncies Mèdiques de Catalunya y de Balears, 1993*), podemos distinguir tres tipos de Unidades/Servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria:

- *A/ Autónomas e independientes del centro hospitalario.* Cuentan con área de recepción, quirófanos, unidad de recuperación postquirúrgica (U.R.P.Q.), readaptación al medio, esterilización, etc. propias. No dependen ni física ni administrativamente del hospital.
- *B/ Integradas en un hospital pero con funcionamiento totalmente autónomo.* Disponen de los recursos propios al igual que el tipo anterior, pero tiene una total dependencia del hospital. Se ve favorecida por las ventajas de su autonomía y las propias del hospital.
- *C/ Unidades integradas en un centro hospitalario que aun teniendo funcionamiento autónomo comparten, en algún lugar del circuito, los mismos recursos que el centro asistencial del que forman parte.* Tienen como principal inconveniente la priorización de las intervenciones quirúrgicas de mayor envergadura, sobre la programación ambulatoria.

### 3.4 Selección y exclusión de pacientes para CMA

En la selección de pacientes para CMA es necesario, además de para reducir el temor y cumplir los derechos y mantener su seguridad, ofrecer a los pacientes quirúrgicos que van a ser intervenidos de forma ambulatoria, información oral y escrita exhaustiva sobre todo el proceso y sus posibles complicaciones, siendo requisito indispensable su conformidad manifiesta mediante la firma de los consentimientos informados específicos de anestesia y cirugía ambulatorias. Estos dos aspectos, información y consentimientos, son considera-

dos junto a la aplicación de unos adecuados criterios de selección, una cuidadosa práctica anestésica y quirúrgica, unos estrictos criterios de alta y un seguimiento postoperatorio domiciliario adecuado, las columnas sobre las que se apoya la eficiencia de la CMA.

### ***Criterios de Selección de pacientes para CMA***

Los objetivos que se persiguen en la selección de pacientes para CMA son principalmente:

- Identificar a los pacientes quirúrgicos con problemas médicos.
- Identificar a los pacientes inapropiados para un circuito asistencial ambulatorio.
- Reducir las complicaciones perioperatorias.
- Mantener/mejorar la calidad asistencial del acto quirúrgico.
- Mejorar los resultados asistenciales y la eficiencia de los quirófanos (***García-Aguado, 2001***).

En general la selección debe realizarse dependiendo de las:

***Características del paciente:*** Deben incluirse aquellos pacientes que acepten voluntariamente el acto ambulatorio, sean capaces de entender y seguir las indicaciones médicas y de tolerar el dolor moderado tras la intervención quirúrgica.

Si bien por el momento no parece conveniente imponer al paciente el método anestésico-quirúrgico ambulatorio, por el incremento de problemas postoperatorios y del número de reclamaciones que conlleva (***Guerrero, 2005***), creemos que en un futuro próximo esta circunstancia deberá cambiar en razones de evidencia científica y eficiencia.

La edad avanzada *per se* no debe considerarse un criterio de exclusión, debiéndose valorar más que la edad cronológica la edad biológica. Así mismo y aunque la CMA es un sistema organizativo de la asistencia quirúrgica adecuada para los niños, por evitarles el estrés de la estancia nocturna en el hospital, es recomendable no incluir a

los prematuros menores de un año y a los nacidos a término menores de seis meses, por el riesgo de apnea postoperatoria.

***Características del entorno social:*** Deben seleccionarse enfermos que cuenten con una vivienda adecuada (ascensor en caso de edificios, buena comunicación con el centro hospitalario, teléfono, condiciones mínimas de accesibilidad, salubridad y confort, etc.) así como con la compañía de un adulto responsable durante 24-48 horas tras la intervención y un vehículo disponible, para en el caso de aparición de complicaciones postoperatorias poder realizar de forma sencilla y rápida su traslado al hospital.

***Características de la cirugía a practicar:*** Se incluirán intervenciones que no precisen una preparación preoperatoria compleja, no conlleven hemorragias importantes, no requieran terapia intravenosa postoperatoria y aquellas en las que el dolor postoperatorio sea controlable con analgésicos orales.

Se incluyen como procedimientos quirúrgicos susceptibles de CMA a los integrados en los niveles II (intervenciones que pueden practicarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia es de tipo oral) y III (intervenciones quirúrgicas que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio) de la clasificación de Davis basada en el tipo de atenciones y la vigilancia postoperatoria (***Davis y Sugioka, 1987***).

***Criterios de patología asociada:*** Siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Anestesia (A.S.A) (TABLA I) (***American Society of Anaesthesiologist. Physical Status Classification System***) se deberán seleccionar pacientes ASA I, II y III bien compensados/estables médicamente, valorando individualmente en este último grado la estabilidad del proceso durante los seis meses preintervención, la patología a operar, el tipo de intervención quirúrgica a practicar y la técnica anestésica que es necesario realizar.

Con el incremento de la longevidad de la población, cada vez se operan más pacientes en tratamiento anticoagulante oral de forma prolongada, por lo que se les debe indicar, por lo general, que varios días antes de la intervención quirúrgica deben suspender paulatinamente los anticoagulantes y ser sustituidos por un tratamiento con heparina de bajo peso molecular, a fin de prevenir la enfermedad tromboembólica. Así como pacientes diabéticos insulino-dependientes, a los que se les deberá indicar la necesidad de mantenerse en ayunas y sin administrarse la insulina la mañana de la intervención y hacerle ocupar el primer lugar del parte quirúrgico.

### **Tabla I. Gradación A.S.A.**

- \* *ASA I: Individuo sano normal*
- \* *ASA II: Con enfermedad sistémica leve*
- \* *ASA III: Con enfermedad sistémica grave pero no incapacitante*
- \* *ASA IV: Con enfermedad sistémica incapacitante que pone en peligro la vida de forma constante*
- \* *ASA V: Paciente moribundo del que no se espera que sobreviva más de 24 horas, con o sin cirugía*

### ***Criterios de Exclusión de pacientes para CMA***

Tan importante como la estricta aplicación de los criterios de selección de pacientes, es la exclusión de los mismos. En general, en CMA, ***deben excluirse pacientes:***

- psiquiátricos
- presos
- drogodependientes
- que no firmen los consentimientos informados específicos para CMA
- incapaces de entender y seguir las indicaciones médicas

- sin adulto acompañante y/o vehículo a disposición durante 24-48 horas
- sin domicilio adecuado (ej. piso sin ascensor)
- niños nacidos a término menores de 6 meses y prematuros menores de un año por el riesgo de apnea postoperatoria
- en tratamiento con anticoagulantes que por su patología no puedan someterse a tratamiento profiláctico
- obesos con IMC superior al 40%
- con patología respiratoria grave
- ASA III descompensados y ASA IV
- con antecedentes de complicaciones anestésicas

### 3.5 Consulta preanestésica

Una cuestión de debate por sus imbricaciones en la eficiencia en CMA es si es o no necesario que los pacientes sanos o con una enfermedad leve asociada a su patología quirúrgica, tras la consulta quirúrgica en la que en un solo acto asistencial se selecciona al paciente, se le entrega la documentación específica pertinente y se le ofrece información escrita y oral exhaustiva sobre el proceso, pasen una consulta preanestésica. Pero al parecer es aconsejable su práctica, pues en las Unidades/Servicios de CMA en los que se decidió eliminar esta consulta se produjo un incremento importante de suspensiones quirúrgicas (*Boote, Finegan, 1995*) (*Pollard, Zhoray, Marze, 1996*) (*Papaceit et al., 2003*).

En la misma línea argumental, y en lo que se refiere a las “pruebas preoperatorias” la mayoría de Unidades/Servicios de CMA, entre ellos el nuestro, solicitan al paciente de forma sistemática una analítica compuesta por un hemograma, una hemostasia y una bioquímica y con menos frecuencia un estudio radiológico de tórax y un ECG, a pesar de que muchas de estas pruebas no tienen evidencia científica (*Papaceit et al., 2003*). Creemos, por ello, que solo debería considerarse su realización en los enfermos añosos y cuando la

patología concomitante y la intervención a practicar así lo aconsejen. En estos casos es aconsejable realizar una analítica sanguínea (hematíes, hemoglobina, glucemia, creatinina, BUN, creatinina), un ECG y una radiografía de tórax. A los pacientes mayores de cuarenta años, fumadores o con antecedentes de patología cardíaca o respiratoria, es recomendable realizarles un ECG.

La anamnesis, la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación preoperatorias son más importantes y decisivas que las pruebas analíticas, electrocardiográficas y radiológicas preoperatorias; lo que es más, en los resultados de estas pruebas aparecen falsos positivos, por lo que por lo general se debe repetir la prueba, lo que conlleva el retraso o la cancelación de la intervención.

Por ello consideramos de vital importancia tener en cuenta estos aspectos tanto por su repercusión económica, por el gasto inútil que comportan, como por sus implicaciones médico-legales por el aumento del riesgo para los médicos por una engañosa apariencia de protección.

### 3.6 Patologías e intervenciones quirúrgicas en CMA

En régimen de C.M.A., y siguiendo los criterios de selección señalados, pueden practicarse las siguientes intervenciones quirúrgicas:

- ***Cirugía general y digestiva:*** hernias inguinales, crurales, umbilicales, epigástricas, de Spiegel y eventraciones, pequeñas y de tamaño moderado, tanto primarias como recidivadas; quistes pilonidales, fisuras anales, condilomas, pólipos del canal anal, hemorroides y fístulas anales no complejas; biopsias, exéresis de tumores mamarias benignas y cáncer de mama en pacientes seleccionadas; hemitiroidectomías, paratiroidectomías, colecistectomías y apendicectomías laparoscópicas, laparoscopia diagnóstica, gastrostomías endoscópicas percutáneas, biopsias hepáticas, implantación de catéteres venosos y reservorios, exéresis de adenopatías

- y tumoraciones benignas grandes como lipomas, fibromas, etc., extirpación del conducto tirogloso, glándulas salivales, sublinguales y submaxilares, quistes y fístulas branquiales.
- **Oftalmología:** cataratas, trasplante de córnea, implantes de membrana vitelina fetal, estrabismo, desprendimiento de retina localizada, glaucoma, afecciones palpebrales y del aparato lacrimal.
  - **Otorrinolaringología:** adenoidectomía, amigdalectomía, septoplastia, timpanotomía, microcirugía laríngea, tubos de drenaje, polipectomías nasales, quiste nasogeniano, cirugía de cornetes, punción de senos maxilares, quistes de retención maxilar, estapedectomías, miringoplastias, lesiones del pabellón auricular.
  - **Cirugía ortopédica y traumatológica:** hallux valgus, exéresis de la fascia palmar en la enfermedad de Dupuytren, gangliones, quistes sinoviales de la mano, liberación del tunel carpiano, descompresión de Quervain, escisión de exostosis, exéresis de neuromas, artroscopias de rodilla y hombro, plastia de los ligamentos de la rodilla, extracción de material de osteosíntesis.
  - **Ginecología:** esterilización tubárica laparoscópica, extirpación laparoscópica de pequeñas tumoraciones, laparoscopia diagnóstica, histeroscopia, legrado uterino, exéresis de pequeñas tumoraciones vaginales y vulvares.
  - **Urología:** circuncisión, varicocele, hidrocele, biopsia vesical, vasectomía, orquidectomía, biopsia de próstata, vesícula seminales, pene y testículos, resección transuretral de próstata y de pequeñas tumoraciones vesicales, exéresis de condilomas acuminados, uretrotomía interna, meatomía uretral, incontinencia urinaria.
  - **Cirugía oral y maxilofacial:** extracción de piezas dentarias, frenillo de lengua, exéresis de litiasis salivar, implantes dentales, cirugía sobre senos maxilares, quistes maxilares pequeños.
  - **Cirugía torácica:** toracoscopia, mediastinoscopia, biopsia de pleura y pulmón, tratamiento toracoscópico del neumotórax, mediastinotomía.

- **Cirugía plástica:** mamoplastia, otoplastia, rinoplastia, blefaroplastia, dermoabrasión, injerto de piel, abdominoplastia, corrección de la sindactilia.
- **Cirugía vascular:** fístulas A-V para hemodiálisis, flebectomías, esclerosis de varices, simpatectomía torácoscópica.
- **Misceláneas:** Radiología intervencionista y técnicas de hemodinamia, técnicas anestésicas antálgicas, endoscopias y bronoscopias diagnósticas y terapéuticas.

### **3.7 Servicio de CMA del Hospital General Universitario de Valencia**

Aunque no fue hasta el 18 de mayo de 1998 cuando se inauguró en el Hospital General Universitario de Valencia una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, independiente y multidisciplinaria, nuestro centro fue, con los hospitales “Francisco de Borja” (Gandía), el “Centro Médico de Denia”, “Virgen de la Salud” (Toledo), “Viladecans” (Barcelona), “El Tomillar” (Sevilla), “San Pau y Santa Tecla” (Tarragona), pionero en España en iniciar el desarrollo e implantación de esta nueva forma de proceder en cirugía. En 1991 creó la Sección de Cirugía Mínimamente Invasiva, Corta Estancia y Ambulatoria y en 1992 esta sección fue la encargada, como miembro del Club Español de Técnicas Mínimamente Invasivas, de organizar su IIª Reunión Nacional. En 2005 esta Unidad se transformó en Servicio de CMA.

#### **3.7.1 Estructura física**

Siempre hemos opinado que la CMA debe realizarse en unas instalaciones totalmente independientes del resto de estructuras hospitalarias, tanto desde el punto de vista estructural como funcional, en razón de una mayor efectividad. El Servicio de CMA se encuentra en la Planta Baja del Edificio Quirúrgico, con el fin de facilitar el acce-

so al mismo nivel exterior, sobre todo a los minusválidos y a los pacientes añosos; y ello es así porque los pacientes vienen, se operan y retornan a su domicilio y “por su pie” el mismo día de la intervención; así como que para su práctica normalizada vienen acompañados por un adulto responsable, por lo que la zona de espera para acompañantes debe ser amplia y contar con 1,5 asientos por paciente que se encuentre en cualquier área del Servicio de CMA.

Nuestro Servicio de CMA (SCMA), cuenta con instalaciones independientes (recepción, administración y aseos y vestuarios diferenciados para pacientes y personal asistencial, sala de preparación preanestésica, 6 quirófanos, URPA I, URPA II, sala de limpieza del material, almacén, sala de informes y de descanso del personal y despachos), con el fin de “alejar” del resto de zonas asistenciales del CHGU un porcentaje elevado de usuarios y no mezclar los circuitos asistenciales de los pacientes ambulatorios/corta estancia e ingreso “convencional”.

La Sala de Preparación Prequirúrgica cuenta con 10 puestos asistenciales, 8 camas y 2 sillones para oftalmología, de tal forma que mientras finalizan las intervenciones anteriores, los pacientes que deben ser intervenidos a continuación estén siendo ya preparados (monitorización, acceso venoso, fluidoterapia, preparación del campo, anestesia local, inducción anestésica, profilaxis antibiótica).

Los seis quirófanos son lo suficientemente grandes como para permitir albergar alternativamente, los múltiples instrumentos y aparatos (bisturí eléctrico, bisturí por ultrasonidos, equipo de radiología, torres de laparoscopia, equipo de ecografía intraoperatoria, microscopios quirúrgicos, monitores, equipos de anestesia, equipos de endoscopia digestiva, etc.) necesarios para practicar las intervenciones quirúrgicas de las diversas especialidades quirúrgicas (oftalmología, ORL, COT, cirugía general, cirugía digestiva, ginecología, cirugía plástica, cirugía torácica, urología, estomatología, neurocirugía, etc.). Cada quirófano mide unos 35 metros cuadrados, una altura de unos tres metros, lo que permite suspender el aparataje e instalaciones de gases, eléctricas, alberga instalaciones de audio y

video, con capacidad de traslado de ambas señales tanto a otras dependencias de nuestro centro hospitalario como al exterior.

En cuanto al número de puestos de URPA I, cuenta con doce puestos, dos por quirófano, (4 camas y 8 sillones), dotados de toma eléctrica, gases y monitorización, así como de un carro de paradas, espacio para medicación, material estéril y sistema informático y un puesto de enfermería que permite el control visual de todos los pacientes.

El número de puestos de URPA II (sala de readaptación al medio o de “sillones”), es de quince. Los sillones son confortables y el puesto permite la compañía de un familiar. Cuenta así mismo con equipamiento de apoyo de control de enfermería (medicación, curas, monitorización, lencería, alimentación...).

### ***3.7.2 Circuito del paciente***

La función asistencial es, sin ninguna duda, la actividad más importante de todas las que tiene la responsabilidad de realizar un SCMA y debe ir dirigida a ofrecer a los enfermos los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios en base al nivel de desarrollo científico-técnico de las diversas especialidades quirúrgicas existente en cada momento.

La *primera visita*, se realiza de forma programada, mediante el procedimiento de cita previa. El especialista quirúrgico selecciona los pacientes para CMA, siguiendo los criterios de selección señalados, ofreciéndoles información oral y escrita sobre el proceso asistencial; así mismo le hace entrega de los consentimientos escritos específico quirúrgico, del de CMA y anestésico de la patología/intervención a practicar para que los cumplimente en su domicilio y le incluye en lista de espera. Se le avisa mediante llamada telefónica o carta del día de realización de las pruebas preoperatorias y de la visita preanestésica. El día señalado el paciente acude a la consulta preanestésica y entrega firmados los consentimientos informados, que-

dando emplazado mediante llamada telefónica del día y hora de la intervención, recordándole los condicionantes de la CMA.

En cada visita se entrega al paciente un breve informe con el diagnóstico, el tratamiento a seguir y la fecha de la próxima visita. Este documento es importante para orientar al médico de asistencia primaria.

### **3.7.3 Criterios clínicos de alta**

El alta clínica se produce cuando se resuelve el problema del paciente y se estabiliza la evolución postoperatoria, permitiendo su control por el médico de atención primaria o el especialista correspondiente, es decir cuando presente estabilidad hemodinámica, normalidad de constantes vitales, orientación temporo-espacial, ausencia de dolor importante, tolerancia a líquidos, ausencia de náuseas y vómitos, presente micción espontánea, deambule fácilmente, la herida se encuentre en perfectas condiciones y cuente con un adulto responsable con vehículo que le traslade a su domicilio y permanezca acompañándolo durante 24-48 horas.

Todos los postoperados son dados de alta a criterio del anestesista, el cirujano y el ATS-DUE, entregándoles un informe de *epicrisis* en el que se resume toda la información relevante durante su ingreso, el diagnóstico principal y secundarios, si los hubiere, y el tratamiento a seguir, así como el destino del paciente; asimismo, se reseña cualquier exploración cuyos resultados no se hubieran obtenido en el momento del alta o aquellas que se considere deben ser solicitadas ulteriormente y número de teléfono del equipo quirúrgico específico en relación con la intervención practicada.

### **3.7.4 Seguimiento postoperatorio**

La mañana siguiente a la intervención uno de los miembros del SCMA realiza un control telefónico domiciliario de todos y cada uno

de los pacientes con el fin de conocer su estado, seguir su evolución, controlar las posibles complicaciones y proporcionar la información complementaria que precisen los pacientes para seguir con sus autocuidados. Todos tienen información escrita del número de teléfono de contacto, para posibles dudas o emergencias, así como un folleto explicativo de los cuidados y molestias “normales” postoperatorias.

### **3.7.5 Recursos humanos**

Uno de los aspectos más importantes de un servicio asistencial de este tipo es el del personal, debiendo ser profesionales capaces de trabajar en equipo e interesados y especialmente motivados en la práctica de esta modalidad quirúrgica. Debe tener unas características específicas personales y profesionales. En primer lugar debe tratarse de médicos y personal de enfermería experimentada en las técnicas e instrumentación quirúrgicas, pues el hecho de denominarse cirugía ambulatoria no significa que sea “simple” y que esté “libre” de riesgos.

Deben tener una “apetencia” por esta forma de proceder, basada en el conocimiento y convencimiento de que se trata de intervenir al paciente que hasta ahora quedaba hospitalizado de forma “clásica”, hacerle pasar un corto espacio de tiempo en el centro y trasladarlo a continuación a su domicilio. Ello precisa de personal “seguro” y de “calidad”, capaz de transmitir a todos y cada uno de los pacientes este mismo sentimiento.

Por lo que se refiere a la enfermería, este tipo de organización quirúrgica puede satisfacer viejas aspiraciones profesionales que, por su difícil conjugación, nunca pudieron desarrollar, como son llevar a cabo unas técnicas instrumentales específicas y, al mismo tiempo, estar al lado de los pacientes dándoles soporte durante el pre y postoperatorio, sin olvidar el quehacer educativo de información y seguimiento. La variedad de actos como instrumentistas, merced a las diversas especialidades quirúrgicas que participan en estas unida-

des, y de puestos laborales que de forma correlativa ocupan (consultas externas, preanestesia, URPA, sala de readaptación al medio), conlleva, al menos en nuestra experiencia, un estímulo y una tendencia a la colaboración y a la labor en equipo.

Este tipo de organizaciones tienen que ser más lideradas que dirigidas pues el objetivo fundamental debe ser conseguir que su equipo trabaje en “equipo”, coordinado y responsabilizado. Debe aglutinar a sus colegas en torno a la idea de que la capacidad y calidad asistencial, docente e investigadora de “su Servicio” será siempre la de sus componentes y que, como equipo, cada uno de sus miembros es necesario, si no imprescindible, para conseguir los objetivos planteados.

### **3.7.6 Resultados**

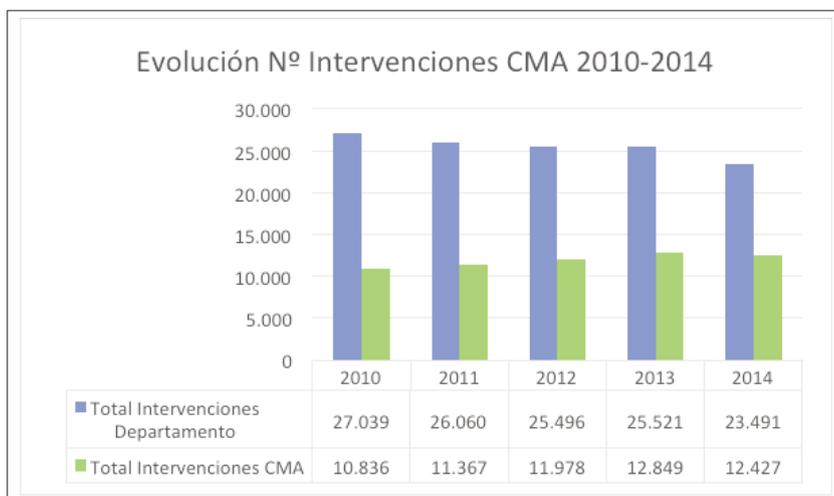
La media de intervenciones quirúrgicas en jornada laboral de 8 a 15 horas es de unas 7.500 intervenciones/año, a lo que se añaden una media de 3.000 intervenciones más en programas quirúrgicos de tarde, con un índice de ingresos no deseados y de reingresos del 1%, un índice de anulaciones media inferior al 3%, una mortalidad nula, una morbilidad del 7,2% y un alto nivel de aceptación y satisfacción de los pacientes. La estancia media postoperatoria fue de 76,6 minutos, poco más de una hora.

Si acotamos una etapa, por ejemplo el periodo 2010-2014 en nuestro Departamento se realizaron 127.607 intervenciones programadas, con una media de alrededor de 25.000 intervenciones/año. De ellas 59.457 lo fueron en régimen ambulatorio, lo que representa un porcentaje medio para el periodo considerado del 46,6%, y tal como puede observarse en la Tabla II y el diagrama de la Figura 2, este porcentaje fue creciendo, siendo en 2014 del 52,9%. Entre el año 2010 y el año 2014 el % de intervenciones de CMA se incrementó un 31,98%, pasando del 40,08% (2010) al 52,90% (2014).

**Tabla II. Intervenciones realizadas en CMA.  
Distribución y % por años**

	2010	2011	2012	2013	2014
CMA: Interv. Program. AG	6.022	6.529	6.371	6.858	6.342
CMA: Interv. Program. AL	4.814	4.838	5.607	5.991	6.085
Total Intervenciones CMA	10.836	11.367	11.978	12.849	12.427
	2010	2011	2012	2013	2014
% Intervenciones CMA	40,08	43,62	46,98	50,35	52,90

**Figura 2. Intervenciones totales realizadas por años  
en el Departamento y en CMA**



La mayor Tasa de Ambulatorización del periodo 2010-2014 la alcanzaron los Servicios de Oftalmología, cercano al 100%, Cirugía General y Digestiva, Cirugía Pediátrica, Cirugía Vascul, Odontosto-

matología, COT y Dermatología y los de menor Tasa, –alrededor del 50% o menos–, los de ORL, Ginecología, Urología y Cirugía Plástica.

El número de ingresos no deseados y reingresos en CMA durante este periodo fue del 0,23%, el de cancelaciones quirúrgicas del 2,8%, la mortalidad fue nula y la morbilidad global del 7,30%.

En lo referente a la cirugía laparoscópica, entre enero de 1999 y enero de 2015 practicamos a 674 pacientes (510 mujeres: 76%; 164 hombres: 24%; edad media 49,10 años: 16-90) una colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio o de Overnigth stay (estancia inferior a 24 horas). El 54,90% (370 pacientes) fueron ASA I, ASA II 280 (41,54%) y 22 (3,56%) ASA III bien compensados. El 32,79% (221) tenían antecedentes de cirugía abdominal por laparotomía y 41 (6,08%) del compartimento supramesocólico. La colecistectomía laparoscópica se pudo completar en 651 pacientes (96,59%) con un índice de reconversión del 3,41% (23 pacientes). Nuestra morbilidad fue del 6,53% (44 casos), peroperatoria en 19 con 2 lesiones de la vía biliar (0,30%, una reconstrucción sobre tubo de Kehr y otra mediante hepático-yeyunostomía), tempranas en 18 pacientes (12 bilirragias, 5 colecciones subhepáticas y 1 hemoperitoneo) y tardías en 7 pacientes (5 eventraciones del acceso periumbilical y 2 coledocolitiasis residuales). El 46% (310 pacientes) fueron dados de alta entre 8-10 horas tras la intervención, 314 (46,59%) entre las 10 y las 23 horas, 32 entre las 24-48 horas, 15 pacientes entre 5 y 7 días y 3 pacientes entre los 7 y 14 días. El número de reingresos fue de 12 (1,78%) y la mortalidad nula.

#### **4 La relación médico-enfermo y la cirugía mayor ambulatoria en crisis y en época de crisis**

Como venimos diciendo, la relación que se establece entre el médico y el enfermo, con motivo de la pérdida de salud, es tan antigua como la propia Medicina y ha ido cambiando a lo largo del tiempo

determinada por el régimen socio-económico imperante (*De la Uz, 2010*) y por las transformaciones culturales, tecnológicas y políticas de cada país y en cada momento de la historia. En este sentido, puede afirmarse que esta relación ha cambiado más en el último tercio del siglo XX que en los veinticinco siglos anteriores. (*Gracia, 2004*).

Hasta hace poco más de cuatro décadas, la relación médico-enfermo era tan natural en la práctica de la medicina que ni se hablaba ni se escribía sobre ella, pues era considerada y aceptada como la base primordial del trabajo del médico con el enfermo y la plataforma sobre la que se sustentaba el propio acto médico. La medicina era “más sencilla” y los recursos del médico para asistir a los enfermos estaban más dependientes de sus capacidades personales (*Arrubarrena, 2011*), —entre ellas la capacidad de relación—, que en los recursos tecnológicos o farmacológicos para diagnosticar o tratar su enfermedad.

El médico dependía más de su habilidad para aproximarse al enfermo y el diagnóstico de presunción se establecía con los síntomas y signos que presentaba el paciente, obtenidos mediante la anamnesis y la exploración física, solicitándose exploraciones o pruebas complementarias específicas para corroborar y establecer un diagnóstico definitivo; para, a continuación, aplicar un tratamiento adecuado. Eran tiempos en los que la sola presencia del médico iniciaba la curación de la enfermedad. Se trataba de una relación de confianza que se veía incrementada cuando el paciente tenía además la posibilidad de escoger a su médico.

Tal como viene a significar el dicho popular de que sólo nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena, se comienza a hablar de la relación médico-enfermo solo cuando se pone en evidencia que ésta relación se está deteriorando, para otros perdiendo y para los más realistas, la lejanía entre el “médico operador” y el “enfermo objeto” es, en algunos casos, total y absoluta no existiendo ni tan siquiera una relación visual (*De la Uz, 2010*).

Con el avance de la ciencia y la tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos más eficaces de diagnóstico y tratamiento, dando la impresión de que la presencia podríamos denominar “curadora” del médico deja de tener importancia. Con ello no queremos dar a entender en absoluto, como Arrubarrena que consideramos como elementos lesivos de esta relación a la evolución y la aplicación científica o tecnológica de la medicina, pero sí que nos lo parecen la distinta y compleja organización de la misma con la aplicación de estos avances (*Arrubarrena, 2011*).

Así pues, y si bien la relación médico-enfermo es tan ancestral como el propio acto médico, no es hasta finales de la década de los 70 del siglo pasado cuando se comienza a abordar de manera formal y sistemática (*Cófredes, Ofman, Stefani, 2014*), entre ellas su investigación (*Bellón, Martínez, 2001*), correspondiéndose esta época con la aparición de movimientos sociales en pro de la defensa de los derechos del paciente y de su autonomía (*Vidal, 2010*).

Con la posmodernidad, término acuñado por Lipovetsky para describir los tiempos actuales, (*Lipovetsky, 1986*) y la globalización impuesta por el capitalismo, esta relación deja de ser paternalista, (*Cófrede, Ofman, Stefani, 2014*) y empieza a “democratizarse”, considerándose de vital importancia centrar esta relación en el paciente.

El paso de la era del paternalismo o era del médico, que se extendió desde el 500 a. de C. hasta el año 1965, al autonomismo o era del paciente (*Siegler, 1997*), afectó de forma independiente a los dos elementos del binomio paciente-enfermo e inevitablemente a la relación entre ambos. El enfermo fue pasando de agente pasivo de las decisiones que tomaba el médico por él, a uno con autonomía y capacidad de decisión sobre las técnicas y métodos diagnósticos y terapéuticos posibles para diagnosticar y tratar su enfermedad; y el médico de “padre sacerdotal” a asesor técnico de los enfermos y la relación entre ambos cambió de ser bipolar y vertical para el enfermo, a colectivizarse, al participar en el diagnóstico y la terapia varios profesionales sanitarios, horizontalizarse y adaptarse a una relación interpersonal libre entre adultos en el marco de una sociedad

democrática. En las sociedades occidentales desarrolladas durante los últimos treinta/cuarenta años, el enfermo obtiene el derecho a la autonomía en lo referente a su salud, el médico se ve desposeído de su tradicional poder de decisión por y para el enfermo y la relación entre ambos se transforma profundamente.

El procedimiento concreto en el que se plasmó el cambio es el denominado consentimiento informado (*Simón, 2000*). Los orígenes del consentimiento informado en España se remontan al Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social en 1972, que establece que con independencia de las normas reguladoras del régimen de los enfermos durante su permanencia en la institución, los enfermos asistidos tenían derecho a autorizar las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implican riesgo notorio previsible, así como ser advertidos de su estado de gravedad. Prescribe que, con carácter general, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios prestado tras recibir una información adecuada.

Lo evidente es que en el siglo XXI la relación médico-enfermo ya no es lo mismo que la relación diádica marcada por el encuentro entre el médico y el enfermo (*Lain Entralgo, 1983*), sino el resultado de la evolución y reinterpretación de aquella relación y de la incorporación de nuevos aspectos y personajes. El enfermo ya no es o está siempre enfermo, su papel ha pasado de paciente a usuario o cliente y de agente pasivo a una posición más activa; y el médico ha perdido su papel anterior, conviviendo tanto uno como el otro rodeados de otras personas, como familiares y amigos en el caso del enfermo, y otros profesionales como enfermeras, técnicos, auxiliares de clínica, celadores, en el caso del médico. En general el cuidado de la salud ya no se proporciona individualmente por un médico, sino por un equipo asistencial.

Tal como afirma Siegler a la era de la autonomía del paciente le sigue, primero en Estados Unidos y posteriormente en el resto de países desarrollados, la era actual, la de la burocracia o de los con-

tribuyentes, caracterizada principalmente por intentar contener el gasto, administrar con eficiencia los recursos sanitarios, analizar los riesgos y beneficios de cada intervención clínica en un marco social y equilibrar las necesidades del enfermo con la justicia social de su comunidad (*Siegler, 1997*). Pero, en contraste con las dos etapas anteriores, en la era burocrática las opiniones de los médicos y de los enfermos, están sometidas a las de los administradores y burócratas. Ésta es la nueva relación de médico y paciente en la era actual de la medicina gestionada (*Lázaro, Gracia, 2006*).

En este sentido, si bien no es frecuente encontrar publicaciones actuales que defiendan abiertamente el modelo paternalista, no es raro escuchar algunas voces que lo justifican y añoran y otras que defienden el modelo autonomista como la única opción en una sociedad democrática evolucionada (*Szasz, 1981*).

En nuestra opinión los modelos paternalista y autonomista, como tales y en su completa acepción, representan dos extremos fallidos de la relación médico-enfermo, pues la problemática actual es cómo establecer y encajar la necesaria confianza del paciente en el médico que le trata, con la práctica de una medicina que tiende a transformar al enfermo en un objeto a sanar y al médico exclusivamente en un técnico experto. Dicho de otra forma, la credibilidad, antes ostentada por los médicos, se ha venido desplazando a la ciencia y sólo la verdad científica, en el más estricto sentido de la expresión, parece sustentar la práctica de la medicina. Los seguidores de la denominada medicina basada en la evidencia, —que tal como señala López Piñero, se ha venido traduciendo de forma errónea en nuestro idioma como medicina basada en la prueba, cuando *evidence* en inglés significa prueba y *evidencia* en español, todo lo contrario, es decir aquello que está tan claro que no necesita prueba alguna— afirman que hasta ahora la práctica médica se ha venido basando en el “ojo clínico” y que la evidencia científica es la gran novedad de la práctica médica del siglo XXI, idealizando en exceso este concepto como una espectacular revolución científica y técnica que exige cambios profundos. Estas circunstancias hacen recomendable recordar a los enfermos, los médicos y la sociedad en general un hecho irre-

futable e indiscutible que ha demostrado de forma constante la historia de la medicina como que muchos de los conocimientos científicos de la misma son temporales y por lo tanto caducos. Es decir si hay algo que es evidente en medicina es que lo que hoy se piensa es el mejor tratamiento de una enfermedad, mañana puede no valer nada.

Entre la relación más paternalista, la autonomista más exigente por derecho y la burocrática más estricta, en la actualidad deben implementarse puntos de equilibrio de poder en la relación médico-enfermo adaptables a las diversas situaciones y circunstancias. El paternalismo sano o débil puede ser considerado como afirma **Arrubarrena 2011**, la postura adecuada puesto que está basado en el respeto mutuo y el grado de autonomía del enfermo debe estar en dependencia de su capacidad de tomar una decisión correcta sobre su salud, pues si bien la autonomía del paciente es una conquista de la sociedad, ello no implica el que los médicos hayan renunciado a procurar el bien de los pacientes.

En la actualidad son muchos los factores que intervienen en la relación médico-enfermo, como el nivel cultural del enfermo, la actitud de la familia y el carácter del médico, así como la disponibilidad de recursos, el tiempo transcurrido hasta la asistencia, etc. que determinan en muchas ocasiones conflictos en esta relación. En este sentido, pero referente a los médicos, es evidente que existen áreas de riesgos potenciales asociados con la cirugía actual, entre las que destacan, como dice De la Uz, la primacía de la tecnología con respecto al lado humano de la atención, la falta de tiempo suficiente para realizar una asistencia adecuada debido a la presión asistencial, el cambio frecuente de profesionales debido a la dinámica funcional de los servicios hospitalarios (guardias, libranza,...), la tendencia a la especialización de los profesionales y el aumento de las expectativas de los pacientes en lo referente a la información y su participación en la asistencia. Otro aspecto a considerar es que en la actual sociedad consumista se está desarrollando una hipertrofia de los derechos del paciente, en el más puro sentido comercial del “cliente siempre tiene la razón”. Se trata de pacientes que, generalmente

tras informarse en internet, acude a la consulta médica exigiendo exploraciones y resultados, lo que motiva en el médico o cirujano cierta prevención a la queja o reclamación y el temor a la demanda, lo que conlleva a su vez un deterioro de esta relación y, en muchos casos, la aparición y práctica de la denominada medicina defensiva que, como es lógico, incrementa el consumo de recursos y los costes de sanidad.

Por otro lado, espero no descubrirles nada nuevo al afirmar que nuestra Sanidad es una de las más reconocidas y que ocupa uno de los primeros lugares a nivel mundial. El Sistema Sanitario de nuestro país, entendido desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 como el conjunto de los servicios sanitarios prestados por las comunidades autónomas y los realizados por la administración del estado, se sustenta en los principios de universalidad, gratuidad, equidad en el acceso, financiación pública, gestión descentralizada y participación social (*Capitán, 2013*).

El incremento de esperanza de vida de nuestra población y la inmersión y arraigo en ella del denominado “estado del bienestar social”, la confianza, que creemos excesiva, de nuestra sociedad en la medicina “técnica” y científica y la sobreutilización del sistema sanitario público, han venido condicionando un incremento de la demanda asistencial quirúrgica, con un consumo excesivo e inadecuado de recursos sanitarios.

La crisis económica y los recortes aplicados en sanidad en estos últimos años, no inducen a pensar que en un futuro se aportarán más recursos, sino todo lo contrario. No es menos evidente que el gasto sanitario de nuestro país, al igual que en el resto de países del sur de Europa, ha venido creciendo año tras año suponiendo el segundo capítulo presupuestario por debajo de las pensiones (*Capitán, 2013*). Ello ha conllevando, que nuestra sanidad se encuentre de forma real, permanente e “in crescendo” en crisis, empezando a cuestionarse más de uno la necesidad de cambiar estructuras y sistemas organizativos, a fin de mantener el sistema sanitario público tal como lo conocemos en la actualidad.

En este sentido, el Informe de Competitividad Global 2012-13 del World Economic Forum resalta que mientras que los países del norte de Europa han consolidado sus fortalezas competitivas, a pesar de la crisis económica y financiera global que sufrimos desde 2008, los países del sur, entre ellos el nuestro, siguen sufriendo importantes debilidades competitivas, desequilibrios macroeconómicos y problemas para conseguir financiación.

La situación es preocupante e impredecible pues, por ejemplo, si como consecuencia de esta profunda crisis, –y la consiguiente disminución del poder adquisitivo de nuestra sociedad–, se produjese un “trasvase” de actos quirúrgicos del sector privado a la sanidad pública, el caos estaría garantizado pues las listas de espera quirúrgicas se verían abultadas de una forma determinante (de los 4.316.356 actos quirúrgicos que se practicaron en España durante 2009, el 39,5%: 1.707.705, lo fueron en la sanidad privada y el resto en la pública).

Ante esta realidad en la que estamos inmersos, nuestro sistema sanitario debe apostar firmemente por aumentar su eficiencia, lo que en definitiva significa *hacer más con menos*. En este contexto la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y la incorporación a su filosofía de la Cirugía Mínimamente Invasiva o Laparoscópica (CMI), juegan un papel transcendente en la garantía de la asistencia quirúrgica de la población. La evolución y desarrollo de la cirugía laparoscópica/mínimamente invasiva va indefectible unida a dos hechos, la evolución tecnológica y la visión de futuro de algunos cirujanos que capitalizaron estos avances tecnológicos. La difusión y utilización progresiva de la cirugía laparoscópica se ha debido en gran medida a que el cirujano va disponiendo de instrumental y equipamiento que conlleva una mayor capacidad quirúrgica y que le proporciona más seguridad operatoria.

Si se toma como ejemplo de este tipo de cirugía la colecistectomía, una de las intervenciones quirúrgicas que se viene practicando con más frecuencia en cualquier servicio de cirugía general, se puede afirmar que desde que en 1882 Langenbuch realizó la primera cole-

cistectomía por laparotomía, la aceptación y difusión de su práctica, basada en sus buenos resultados, la transformó durante más de 90 años en el gold estándar (patrón oro) del tratamiento quirúrgico de la coleditiasis sintomática.

La realización por **Erich Mühe** en Alemania **en 1985** y **Philippe Mouret** en Francia **en 1987** de las primeras apendicectomías y colecistectomías laparoscópicas, reproduciendo los mismos gestos que los pioneros de las técnicas pero “sin abrir” al paciente, representó una revolución quirúrgica que inició el impulso y desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI). En el caso de la colecistectomía, la reducción del trauma quirúrgico de la pared abdominal que representó el acceso laparoscópico con sus múltiples beneficios, como la disminución del dolor, del riesgo de infecciones, de la estancia postoperatoria, mejor resultado estético y una más pronta integración de los pacientes a sus actividades laborales fue configurando a ésta técnica como el nuevo patrón oro en el tratamiento quirúrgico de esta entidad nosológica.

**Reddick y Olsen** en **1990** y **Arregui y cols.** en **1991** fueron los primeros en publicar los resultados de sus series de colecistectomías laparoscópicas sin ingreso hospitalario (CLA), manifestando la seguridad de su práctica y la reducción de costes que conlleva, iniciando el camino que vendría a conseguir que algunas unidades quirúrgicas incorporasen esta técnica en el ámbito de la CMA.

En nuestro país, –y a pesar de la evolución y desarrollo durante los últimos 25 años de ambas disciplinas, Cirugía Laparoscópica y Cirugía Mayor Ambulatoria–, su interrelación ha sido escasa, siendo pocos los grupos (**Planells, García, Martínez, Hoyas, 1998**), (**Galindo, Docobo, Palacios, Sousa, Martín, María, 2000**) (**Pardo et al., 1998**) entre ellos el nuestro, que incluyeran esta técnica en el circuito de CMA. Ello ha sido así porque muchos cirujanos siguen considerando que la colecistectomía es una técnica quirúrgica que “habitualmente” requiere ingreso hospitalario, entre otras razones, por el temor a las posibles complicaciones postoperatorias en el domicilio del paciente, así como por el miedo-falta de confianza de algunos

pacientes, quienes ante esta intervención y la necesidad de una anestesia general para su práctica prefieren permanecer al menos una noche en el hospital.

Es evidente que la expresión **CRISIS** se ha convertido en una de las más utilizadas en la actualidad. Su etimología (del latín **crisis** y el griego **krísis**: “juicio”, “decisión”) viene a significar *el momento decisivo de un asunto cuando está en duda la continuación, la modificación o el cese del mismo*. A los profesionales sanitarios este vocablo no nos resulta ajeno, pues lo hemos venido utilizando desde siempre en referencia *al cambio decisivo en una enfermedad por el que mejora o se agrava un enfermo*.

Si bien, en general, se le suele dar a esta expresión una connotación negativa al representar una situación dificultosa o complicada de escasez y carestía, creemos que no siempre ni necesariamente se refiere a algo negativo o amenazante, sino a un cambio que puede representar una oportunidad si se sabe aprovechar.

Al tiempo, y como venimos diciendo, desde hace años, contamos con un sistema organizativo de la asistencia quirúrgica como la CMA que ha demostrado en múltiples experiencias que puede intervenir más del 60% de las patologías que configuran las diversas especialidades quirúrgicas con iguales o mejores resultados que la realizada con hospitalización tradicional, a un menor coste, con un elevado índice de satisfacción de los pacientes y con una implementación de la labor “en equipo” pero que, inexplicablemente y a pesar de los beneficios señalados, no ha alcanzado en nuestro país el nivel de desarrollo esperado y necesario.

Estas circunstancias nos inducen de forma constructiva y positiva a considerar esta época como una oportunidad de desarrollo de esta forma de proceder en cirugía, no obviando en su estructuración los principios básicos que definen este sistema organizativo de la asistencia quirúrgica: que *la CMA no es una mera ambulatorización de procesos quirúrgicos sino, como dice Marín, un sistema oorganizati-*

*va multidisciplinario, arquitectónico, terapéutico y económico, pero fundamentalmente cualitativo.*

Así pues, aún estamos lejos de alcanzar el dintel de beneficios que la CMA aporta, –y que el paciente percibe–, en calidad y eficiencia en la asistencia quirúrgica en general, en especial en la actualidad en la que la capacidad de decisión del enfermo sobre los actos diagnósticos o terapéuticos que son posibles y necesarios realizar para conseguir su curación, es casi absoluta. Mantener los principios de calidad en las unidades asistenciales de CMA conlleva un incremento de la eficiencia y de la mejora continua, siendo necesario para ello establecer un mínimo de indicadores específicos de calidad, como el índice de ambulatorización, el número de suspensiones quirúrgicas, ingresos no programados o inesperados y reingresos, complicaciones pre y postoperatorias, morbilidad, mortalidad e índice de sustitución por procesos.

Por otro lado, la CMA centra sus esfuerzos en reducir y eliminar los ingresos y las actividades innecesarias y, con ello, el consumo innecesario de recursos en cada una de las fases del proceso asistencial. En este sentido la aplicación del modelo Lean Healthcare, –cuya filosofía es mejorar los resultados asistenciales mediante la búsqueda continua de actos que consumen recursos pero no añaden valor a la asistencia, a fin de reducirlos o evitarlos–, permite realizar un adecuado proceso asistencial con mínimas interrupciones en las expectativas del enfermo y ganar en eficiencia reduciendo costes **(Capitán, 2013)**.

Estamos convencidos que a fin de evitar lo ineficiente, sobre todo en la situación económica actual, se debe anular el consumo innecesario de recursos y potenciar las opciones terapéuticas más eficientes, y esto conlleva en la asistencia quirúrgica el desarrollo de la CMA, es decir que aquellas patologías cuya resolución puede ser ambulatoria se realicen en régimen de cirugía ambulatoria y no con ingreso hospitalario.

Lo que es más, la CMA, avalada por sus buenos resultados, debe dejar de ser una alternativa a la cirugía con ingreso, para ser todo lo contrario, una cirugía de primera elección, merced a sus índices de morbi-mortalidad, menor coste y alta satisfacción de los enfermos. Sin embargo los datos oficiales del Ministerio de Sanidad (*Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010*) estiman que la tasa global de ambulatorización no supera el 40% cuando más del 70%, y en algunas especialidades el 90%, de los procedimientos quirúrgicos podrían realizarse en régimen de CMA.

En la misma línea argumental, el Manual de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria editado por el Ministerio de Sanidad en 2008 (*Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo*) señala que la reducción del coste por proceso oscila entre el 25 y el 68%, como confirman otros en hernia inguinal, (*Aguayo, 2003*), colecistectomía laparoscópica (*Bueno et al. 2006*), proctología. Por lo tanto si el coste por proceso en CMA es menor y el porcentaje de pacientes afectos de entidades nosológicas de las diversas especialidades quirúrgicas tratables mediante la CMA supera el 60% se impone que los responsables político-sanitarios a nivel estatal y de las comunidades autónomas adopten medidas para consolidar las infraestructuras y circuitos dirigidos al máximo desarrollo de la CMA (*Capitán, 2013*).

## **5 Futuro de la relación médico-enfermo y de la CMA**

Es un hecho evidente que la práctica de la medicina ha cambiado enormemente durante las últimas décadas, así como los cambios que se han producido en la relación médico-enfermo y su influencia en el nivel de satisfacción de los dos extremos de este binomio.

De los distintos modelos de relación médico-enfermo, en función de la distribución de poder, responsabilidad y capacidad de decisión del médico y el enfermo, el modelo paternalista, –relación vertical y asimétrica en la que prevalece la actitud autoritaria del médico dirigiendo las acciones sobre el enfermo, quien solo acata las indicaciones sin que se tomen en cuenta sus opiniones–, ha sido el más longevo e inició su desaparición con el reconocimiento al enfermo de la capacidad y el derecho a decidir sobre los aspectos de su salud. Siempre se ha pensado que la enfermedad incapacitaba biológicamente al enfermo y que en mayor o menor grado le hacía dependiente del médico, que era como decimos quien decidía lo mejor para él, conceptuando esta dependencia e invalidez biológica no solo como orgánica sino también como una afección con imbricaciones psicológicas. El enfermo confiaba en los conocimientos y la ética del médico y en la adopción por su parte de la mejor y más adecuada actitud diagnóstico-terapéutica y el médico procuraba lo mejor para conseguir la curación o la mejoría del enfermo. Esta concepción paternalista inició, como venimos diciendo, su declive con el desarrollo del principio bioético de autonomía (**Galán, 1999**).

Por otro lado, se ha venido constatando que una adecuada relación médico-enfermo no solo produce beneficios para la salud psicológica y física del enfermo sino que además aumenta su confianza y compromiso (**Beck, Daughtridge, Sloane, 2002**) (**Lloyd, Bor, 2001**), así como la adherencia al tratamiento prescrito.

En la actualidad, y previsiblemente en el futuro, lo que los enfermos esperan del médico no es solamente la aplicación de saberes y técnicas contra los procesos de enfermedad sino también humanidad, dicho de otra forma y tal como manifiesta el psiquiatra Luis Rojas Marcos “*en esta era de tecnología médica avanzada, de racionamiento, comercialización y burocratización sanitaria la sociedad espera que la Medicina armonice el Humanismo con la Ciencia*” (**Rojas Marcos, 1992**).

La gran cantidad de tecnología médico-quirúrgica nueva y conocimientos científicos plantea un riesgo, cada vez más real y frecuen-

te, sobre el que debe llamarse la atención a fin de prevenirlo, el de la deshumanización del acto médico o quirúrgico al transformar la relación médico-enfermo en una relación máquina-enfermo.

Por ello, los médicos que buscan mejorar la calidad de su relación con el enfermo y las facultades de medicina que desean llevar a cabo una mejor y más adecuada preparación de los médicos deben centrarse en las conductas específicas destinadas a la satisfacción de los pacientes. Esto, al tiempo que evalúa las competencias, ayuda a los médicos a juzgar si están alcanzando los ideales de la relación médico-paciente, pues el hecho de conocer el perfil de las conductas médicas ideales puede servir como plataforma de entrenamiento. Se puede realizar docencia en este sentido, mediante el intercambio de roles como médico o enfermo, realizando un análisis crítico de los mismos, tomando como referencia el comportamiento médico ideal en opinión de los enfermos. Los estudiantes de Medicina no deben continuar entrando en las facultades de medicina para aprender a diagnosticar y tratar enfermos y salir de ella sabiendo diagnosticar y tratar enfermedades.

Los médicos deben motivarse a mejorar las técnicas de comunicación con los pacientes, estimulando su participación en las decisiones sobre su salud y transmitiendo respeto y dignidad (**Bendapudi, Berry, Frey, Turner, Rayburn, 2006**). Estamos convencidos de que la relación médico-enfermo no solo debe mantenerse sino estimularse, tanto bajo el punto de vista asistencial como docente e investigador, pero que debe hacerse siempre siguiendo los patrones de la relación interpersonal entre humanos por encima de cualquier razón, porque si bien los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos médico-quirúrgicos enriquecen los recursos asistenciales no sustituyen el poder terapéutico de una adecuada relación. Lo que es más, esta relación debe facilitar tanto al médico como a su paciente el uso de estos nuevos procedimientos cuando son necesarios, puesto que son un avance indiscutible, pero que indudablemente han cambiado los objetivos y paradigmas de la medicina innecesariamente cuando son utilizados en exceso, sin criterio clínico ade-

cuado y olvidando que la razón de ser de la profesión médica es procurar el bienestar del enfermo (**Rivero, 2000**).

Por otro lado, si bien es cierto que las listas de espera quirúrgicas, los avances tecnológicos quirúrgico-anestésicos, los nuevos fármacos anestésicos que permiten una recuperación precoz, la evolución y el desarrollo de las técnicas endolaparoscópicas, que resuelven determinadas patologías con menos agresión y con igual o mayor eficacia, el convencimiento de muchos profesionales sanitarios, entre los que nos encontramos, de que la gran parte de procedimientos quirúrgicos pueden ser realizados con igual o mayor garantía y eficacia de forma ambulatoria, han venido incidiendo como factores de impulso de la CMA en nuestro país, no lo es menos que no lo ha hecho con la incidencia y generalización necesaria, esperada y posible.

Reconducir estas circunstancias a corto plazo, lleva implícito a nuestro criterio la necesidad de trasladar al medio social que la sistemática ambulatoria para tratar muchas de las entidades nosológicas que configuran las diversas especialidades quirúrgicas es tan o más segura que la realizada con hospitalización, sobre todo al disminuir la morbilidad ligada al ingreso. En este sentido, y como dice Balibrea, *la necesidad de ingreso hospitalario está ligada a la mayor entidad de las intervenciones quirúrgicas y a la necesidad de controles postoperatorios complejos; como consecuencia lógica, todas las entidades nosológicas de tratamiento quirúrgico que no tengan estos condicionantes no deben precisar ingreso hospitalario, siempre que se apliquen las mismas técnicas quirúrgicas y los controles postoperatorios tengan, al menos, las mismas garantías.* (**Balibrea, 1999**).

El criterio fundamental que debe definir a esta cirugía, no es la necesidad de ingresar o no al paciente ni el tipo de anestesia empleado, sino la filosofía tendente a practicar las intervenciones quirúrgicas con los máximos cuidados, reduciendo al mínimo la agresión quirúrgica e incorporando la nueva tecnología médico-quirúrgica, pues la seguridad del enfermo no radica en la hospitalización sino en la actitud ligada a la calidad asistencial. (**Zaragoza, Villalba, Trullenque, Company, 1991**).

Habrá también que «estimular» y «convencer» a las entidades financiadoras y a los órganos directivos de los hospitales públicos, por un lado, del beneficio social y económico que representa llegar a tratar mediante este sistema quirúrgico ambulatorio más del 60% de las patologías quirúrgicas, —como han demostrado posible otros países, incluso con cifras superiores, como es el caso de EE. UU.—, y por otro de que la motivación laboral en el área sanitaria, como en otras, se fundamenta y apoya en el trípode constituido por la formación continuada/desarrollo profesional, el salario y las condiciones en las que se desarrolla la actividad asistencial, aspectos a los que añadimos el necesario respeto y consideración social hacia el profesional sanitario, así como que las listas de espera quirúrgicas están formadas por pacientes con entidades nosológicas quirúrgicas y que quienes tienen que dar la solución son los equipos asistenciales de las diversas especialidades quirúrgicas, por lo que prioritariamente las diferentes infraestructuras, servicios de apoyo y personal deben ir dirigidas prioritariamente a facilitar esa labor.

Otro aspecto que definirá su futura evolución reside en conseguir que los profesionales sanitarios de los equipos quirúrgicos hagan propio y apliquen en su actividad quirúrgica diaria los términos eficacia, efectividad y eficiencia. (*Ortún, Rodríguez, 1990*).

En este sentido, también habrá que tomar en consideración las circunstancias “especiales” en las que se desarrolla y están determinando la relación médico-enfermo. Por un lado, los pacientes quirúrgicos son cada vez más exigentes con su salud, tienen más “conocimientos” médico-quirúrgicos (Internet) y consideran de forma errónea, en más ocasiones de las deseables, que no solo tienen derecho a la asistencia sanitaria, sino también a la curación obligada. Por otro, el equipo quirúrgico está descontento en su mayoría en base a la pérdida de prestigio social, las agresiones, las denuncias y reclamaciones, las largas jornadas laborales, el escaso salario y el poco reconocimiento institucional. Pacientes insatisfechos y equipos quirúrgicos descontentos conllevan un aumento de la medicina “defensiva” y del consumo de recursos, pues quienes fundamentalmente

marcan el gasto en la denominada, por algunos gestores, “empresa sanitaria” son los enfermos y el equipo que lo asiste.

Con el único objetivo de no cometer errores que conlleven sobre todo pérdida de eficiencia en CMA, en nuestra opinión y basados en nuestra experiencia y en la de otros, en lo que se refiere a su organización funcional, se ha de tomar en consideración en primer lugar que el cambio organizativo que comporta ampliar las indicaciones de esta cirugía, en relación a procedimientos con hospitalización “clásica”, precisa una adecuación conveniente, con el fin de conseguir un entorno seguro, no solo para el paciente, sino también para los profesionales y para el centro sanitario. Así como que las Unidades/Servicios de CMA “integrados”, en los que los pacientes ambulatorios y los hospitalizados utilizan las mismas áreas quirúrgicas, conllevan importantes inconvenientes, como la existencia de conflictos de prioridad con los pacientes hospitalizados, el riesgo aumentado de infección para los pacientes ambulatorios y la “dilución” del concepto de equipo asistencial, circunstancias que a su vez conllevan un aumento de la morbilidad y una reducción de la eficiencia. Por ello, hay que evitar esta circunstancia a toda costa y hacer “prevaler” de forma estricta los conceptos que definen a este sistema organizativo y de funcionalidad transversal, sobre todo en lo referente a la información y selección de los pacientes, el tipo de intervenciones y anestesia a practicar, la adecuada recuperación postoperatoria, los criterios de alta y el seguimiento postoperatorio domiciliario. Ello significa estructurar un circuito quirúrgico ambulatorio específico.

Con este objetivo también es conveniente, no utilizar los pacientes de CMA como “comodines/complemento” de los partes quirúrgicos de intervenciones de más envergadura y con ingreso, —aunque sea muy tentador—, siendo lo más aconsejable organizar un parte quirúrgico formado al completo, y durante toda la sesión, por pacientes de CMA con un circuito diferenciado.

Para ganar eficiencia e incrementar las tasas de ambulatorización pensamos que se ha de estimular en la asistencia quirúrgica el desarrollo de tres conceptos complementarios: la *Cirugía Mayor Ambulatoria* (CMA: “Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario” (**Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre. BOE n° 254, disposición n° 19572. Ministerio de Sanidad y Consumo**), la *Cirugía con “overnigth stay* (máxima estancia 23 horas; es un estadio intermedio que implementa el concepto de “ambulatorio” a una estancia inferior a 24 horas, lo que permite incluir pacientes de CMA intervenidos en programas de tarde, así como a los intervenidos por la mañana pero que precisan un control hospitalario durante un tiempo superior a la hora de cierre del servicio asistencial) y la *Cirugía de Corta Estancia* (CCE: “Cuando el paciente es intervenido e ingresa durante 24-48 horas en el centro hospitalario”). Estos tres conceptos, CMA, *Cirugía con “overnigth stay”* y CCE, responden a una misma filosofía pues cualquiera de ellos puede ser consecuencia del otro. La CMA puede considerarse como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria de algunas patologías operadas habitualmente en régimen de hospitalización y la *Cirugía con “overnigth stay”* o la CCE una fase posterior a la instalación de un programa de CMA, al liberalizarse los criterios de selección y ampliar el espectro de patologías a tratar bajo esta modalidad. En cualquier caso, *con su desarrollo lo que se pretende es minimizar la hospitalización a favor de un mayor grado de satisfacción de los pacientes y de un ahorro económico, sin menoscabo de la calidad asistencial.*

El futuro de la CMA como sistema asistencial eficiente estará garantizado siempre que mantenga/incremente, sus *ventajas para el paciente* (menor alteración de su entorno de vida habitual y familia, menor impacto emocional de la intervención, menor infección nosocomial, menor riesgo de tromboembolismo venoso por la actividad precoz que conlleva, asistencia más personalizada, etc.), *el profesional sani-*

*tario* (trabajo en equipo, mejor relación con el paciente al ofrecerle una asistencia más directa, personalizada e integral, una mayor eficiencia del quirófano, una mayor satisfacción laboral al contemplar de principio a fin la resolución de la entidad nosológica del paciente) y *el centro asistencial* (reducción del número de pacientes de lista de espera quirúrgica, incremento de la «producción» de los quirófanos, reducción de costes por «simplificación» de actos, reducción de tiempos de espera y en general una mejor «imagen» del hospital) (**Marín, 2002**).

La anestesia, la cirugía y los cuidados de enfermería se configurarán como una interacción entre estos profesionales y la sociedad, existiendo en nuestro presente algunas tendencias que probablemente configurarán el futuro de un modo evidente (**White 1997**).

Los enfermos ancianos con múltiples patologías asociadas, incrementarán su proporción respecto a la población total. Esta circunstancia, junto a otras como la economía, afectará a todas las estructuras asistenciales sanitarias, pero en lo referente a la CMA, lo deberá hacer modificando los criterios de selección de pacientes, los tipos de patología posibles de tratar en régimen ambulatorio, las exploraciones preoperatorias y el seguimiento postoperatorio, siendo probablemente la tendencia el manejo de pacientes más complejos pero mejor estudiados.

Bajo el punto de vista de la anestesia, se desarrollaran nuevos fármacos anestésicos y nuevas formulaciones, acciones y vías de administración de los ya conocidos y nuevos anestésicos locales menos irritantes por vía intradural y con menos efectos secundarios a largo plazo y con ellos evolucionará el concepto de Fast-Tracking o vía rápida (**Song, Joshi, White, 1998**), que permite trasladar al paciente desde el quirófano hasta la URPQ (Unidad de Recuperación PostQuirúrgica) II evitando la recuperación inmediata (URPQ I).

Respecto a las principales complicaciones relacionadas con la CMA, como las náuseas, los vómitos y el dolor postoperatorio (**White,**

*Watcha, 1999*), aparecerán nuevos antieméticos y analgésicos y asociaciones de ellos. Se producirá un mayor desarrollo en el campo de las bombas de infusión inteligente y sistemas de administración de fármacos controlados por ordenador (TCI) (*Milne, Kenny, 1998*), con lo que se obtendrá una recuperación más rápida y previsible de los efectos.

Así mismo, la mayor complejidad de los monitores e instrumentos técnicos (sistemas informáticos, mesas de anestesia y cirugía, equipos de endoscopia, laparoscopia, artroscopia, microscopios, sistemas TCI, bombas de infusión, etc.) en el quirófano, exigirán de todos y cada uno de los miembros del equipo quirúrgico (anestelistas, cirujanos y enfermería), además de experiencia profesional, una destreza básica como “técnicos” de equipos especializados, con capacidad de interpretar resultados y detectar errores. Esto hará que el aspecto del quirófano se vea modificado hacia una concepción más ergonómica, centralizando los controles, las luces y las alarmas, es decir el quirófano inteligente.

La CMA, por todo ello, deberá incrementar el número de procedimientos quirúrgicos en todas las especialidades (cirugía general y digestiva, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía ortopédica y traumatológica, cirugía vascular, etc.), practicándose de forma ambulatoria, —como ya viene siendo habitual en algunas unidades o servicios de referencia—, la tiroidectomía, paratiroidectomía, colecistectomía y apendicectomía laparoscópicas, cuadrantectomías mamarias con y sin vaciamiento axilar en el cáncer de mama, el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico por vía laparoscópica, toracoscopias y artroscopias diagnósticas y terapéuticas, el trasplante corneal, el estrabismo, el desprendimiento de retina, la septorriнопlastia, la mayor parte de la patología del oído, etc.).

El límite en los países con mayor nivel económico estará, entre el mayor confort exigido por la población y la complejidad de los procedimientos que seamos capaces de enviar al domicilio en condiciones aceptables y aceptadas por los pacientes. De modo que una nueva

consideración será decisiva: *la calidad asistencial como indicador de seguridad sanitaria*. Esto condicionará el impulso de cursos de actualización y prácticas de simulación con su correspondiente acreditación, así como la asunción de programas de mejora continuada de la calidad, auditados por comisiones independientes y periódicas. Y es probable que la anestesiología, la enfermería y las diversas especialidades quirúrgicas experimenten una subespecialización hacia la asistencia ambulatoria.

Por otro lado, la presión hacia el ahorro de recursos y la escasez de anestesiólogos puede hacer que otros profesionales no anestesiólogos, se vean implicados en el cuidado anestésico de los pacientes como ya ocurre en países como EE. UU. con las/los enfermeras/os certificados en anestesia.

Por último, el acceso a internet y otros sistemas de información sobre la salud en general, la cirugía ambulatoria o la anestesia, por parte de los pacientes se incrementará, haciendo que su elección se base en el conocimiento previo de resultados, procedimientos realizados, coste-efectividad, confort etc.

Otro punto determinante es la mayor o menor capacidad de los sistemas asistenciales para adaptarse tanto estructural como funcionalmente a las necesidades y posibilidades sanitarias del momento. En este sentido, existen pacientes ambulatorios, pacientes de «recuperación prolongada» (se operan e ingresan en el hospital un espacio de tiempo inferior a 24 horas) y otro ambulatorio, por razones sociales, familiares o geográficas no pueden tras el acto quirúrgico volver a su domicilio y por ello no pueden ser incluidos en este tipo de programas o bien otros que necesitan una vigilancia postoperatoria reducida (menos de 24 horas) pero no precisan la infraestructura de un hospital. Para estos pacientes y en algunos países, como Australia, se han instalado lo que se podría denominar Hotel de Pacientes con posibilidades de requerimiento de asistencia sanitaria por teléfono. (**Roberts, 1999**).

Creemos que en un futuro los servicios sanitarios quirúrgicos deberían estratificarse en tres niveles, dependiendo fundamentalmente de la complejidad de la patología quirúrgica a tratar:

1. *Cirugía de Consulta o Ambulatorio*: En donde se practicarían procedimientos quirúrgicos menores.
2. *Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria*: En donde se practicarían procedimientos de CMA estricta, los que precisasen reanimación prolongada o reanimación prolongada y hotel.
3. *Centro Hospitalario*: En donde se practicarían los procedimientos quirúrgicos más complejos.

Así pues creemos que para conseguir estimular el desarrollo de la CMA es necesario, además de implicar a todos los agentes citados, dar respuestas a una serie de preguntas que consideramos de interés tanto para el paciente, como para el equipo quirúrgico y el centro asistencial:

- ***¿Quién debe realizar la CMA?***: La CMA debe ser realizada por profesionales cualificados porque los elementos de seguridad y los altos niveles de exigencia de los métodos quirúrgicos hacen que la cualificación del cirujano, el anestesista y el equipo de enfermería deba ser de expertos en los diversos procedimientos.
- ***¿Dónde y cómo debe realizarse?***: Debe realizarse dentro de un programa y una infraestructura adecuadas: Unidad o Servicio de CMA, pues en caso contrario no se cumplen los requisitos mínimos de control del riesgo para los pacientes, los profesionales y el centro hospitalario. Así mismo hay que ofrecer seguridad al paciente durante el postoperatorio y coordinar la asistencia de urgencias ante la aparición de posibles complicaciones, pues lo que diferencia la CMA de la cirugía practicada con hospitalización clásica es que el paciente, tras la intervención, no ingresa en el hospital y el postoperatorio transcurre en su domicilio. *El paciente y la familia pueden comprender un mal resultado, pero nunca la falta de asistencia o de aplicación de medios.*

– *¿Por qué operar en régimen de CMA?:* Porque sus equipos obtienen buenos resultados como se observa en las experiencias de Mezei (*Mezei, 1999*) y Warner (*Warner, 1993*) (Tabla III) y la nuestra (Tabla IV).

**Tabla III. Morbilidad y mortalidad en CMA**  
(Mezei, 1999\*; Warner, 1993\*\*)

***MORBILIDAD\****

\*Nº pacientes: 17.638

\*Seguimiento: 1 mes

\*Reingresos: 193 (1,1%, el 67% no relacionados con la CMA)

***MORTALIDAD\*\****

\*Nº pacientes: 38.598

\*Seguimiento: 1 mes

\*Mortalidad: 4 pacientes (1:11.273)

2 accidente automóvil (48 horas)

2 infarto agudo de miocardio (ASA II)

**Tabla IV. Servicio CMA del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Resultados de 10 años (mayo 1998-mayo 2008)**

\*Nº pacientes: 50.282

\*Índice de anulaciones: 3,6 %

\*Índice de reingresos/ingresos inesperados: 1,03%

\*Mortalidad: 1 paciente infarto de miocardio a los 24 días de una hernioplastia

\*Morbilidad: 8,3% (0,1 % tasa de infecciones)

## 6 Conclusiones

La relación médico-enfermo, y la consideración mutua entre los elementos de este binomio, han venido sufriendo cambios importantes a través de la historia que, de forma inevitable y en lógica, han venido teniendo influencia en mayor o menor grado sobre su objetivo primordial: la curación de la enfermedad.

La relación tradicional del paternalismo médico y la pasividad del enfermo, incardinado en un sistema sanitario estructurado en el principio de recuperar la salud de la población pero sin su participación activa, ha venido entrando en crisis durante las últimas décadas por múltiples razones, entre las que destacan las causas médicas, sociales, culturales y políticas. El paso de esta filosofía a la de la decisión libre y autónoma del paciente, pretende lo mismo que siempre pretendió la Medicina: lo mejor para el enfermo, pero en este caso siendo éste quien decide qué hacer, tras la información ofrecida por el médico sobre las modalidades diagnósticas y terapéuticas necesarias para curar su enfermedad.

Sin embargo, —y a pesar de este avance en lo que se refiere a la corresponsabilidad del paciente en las decisiones a adoptar en su acto asistencia diagnóstico y terapéutico—, a nadie escapa que, en más ocasiones de las deseables, la relación médico-enfermo es “conflictiva” así como que el aumento progresivo de esta “conflictividad”, reflejo de la desconfianza y falta de credibilidad entre médico y enfermo, está desembocando en una progresiva judicialización de la medicina, lo que ha conllevado a su vez, y entre otras, a la aparición de la denominada “medicina defensiva” y el incremento de los costes en sanidad.

Lógicamente, un médico no puede carecer del conocimiento y las técnicas necesarias para desarrollar su profesión según la *lex artis* y seguir siendo un buen médico, ni un médico técnicamente preparado carecer de la capacidad interpersonal de comunicación necesaria para relacionarse bien con el enfermo y continuar siendo un buen médico. Creemos que a nuestros médicos en formación, además de

transmitirles docencia sobre la necesidad de realizar una asistencia humanitaria, inherente al acto médico, ofrecer una adecuada y exhaustiva información al paciente, practicar una completa historia clínica, cumplimentar un adecuado consentimiento informado y actualizar sus conocimientos técnico-científicos, se les debe enseñar a establecer una adecuada relación con el enfermo porque la calidad de la misma puede afectar no solo las respuestas emocionales sino también la conducta y la evolución médica del paciente.

Por todo ello consideramos que la capacidad y habilidad de relacionarse con otras personas, partiendo del respeto a la autonomía y los derechos del enfermo y la preocupación por el bien de la sociedad, es una aptitud básica en la formación del médico porque, además de su aspecto humanitario, como venimos diciendo, la comunicación eficaz médico-paciente se relaciona positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y los resultados de salud, porque se ha probado la existencia de una influencia definitiva entre la calidad de esta relación y la adherencia del paciente al tratamiento prescrito y porque los conflictos o dificultades en la relación médico-enfermo aumentan los costes en sanidad debido a que conllevan mayor petición de pruebas, más derivaciones y más hospitalizaciones de los pacientes, incrementando los costes sanitarios.

Por otro lado, la CMA es un óptimo modelo organizativo de la asistencia quirúrgica que, de forma multidisciplinaria, permite tratar a pacientes bien seleccionados de una forma efectiva, segura y eficiente sin necesidad de contar con una cama de hospitalización “tradicional”. Es una modalidad asistencial en donde se establece una relación médico-enfermo más adecuada con la realidad actual, es decir, más horizontal y menos “paternalista”. La verdadera importancia de la CMA radica en gran medida en una nueva actitud y comportamiento tanto de los pacientes, que requieren una atención cada vez más ágil, rápida y eficaz, como del sistema sanitario, por la necesidad de mejorar en el uso de los recursos sanitarios, por otro lado limitados, sobre todo en época de crisis económica.

Si el porcentaje de pacientes afectados de enfermedades de las diversas especialidades quirúrgicas con posibilidad de tratamiento en régimen de CMA supera más de la mitad de los procesos incluidos en las carteras de los diferentes servicios quirúrgicos, los costes de los mismos son menores y se obtienen iguales o mejores resultados que en los operados de las mismas entidades nosológicas e ingresos, y la opinión de los pacientes tratados mediante este sistema organizativo es muy satisfactoria, creemos que los responsables de la política sanitaria deben adoptar con urgencia medidas para desarrollar y consolidar las infraestructuras y los circuitos dirigidos al máximo desarrollo de la CMA.

## 7 Bibliografía

AGUAYO JL. Cirugía Mayor Ambulatoria: un éxito del sistema. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 1 (5): 261-2.

AMERICAN Society of Anaesthesiologist [Internet]. Washington DC: American Society of Anesthesiologists; c1995-2017. Physical Status Classification System. Disponible en: [http://www.asahq.org/clinical/physical\\_status.htm](http://www.asahq.org/clinical/physical_status.htm).

ARREGUI ME, DAVIS CJ, ARKUSH A, NAGAN RF. In selected patients outpatient laparoscopic cholecystectomy in safe and significantly reduces hospitalization charges. *Surg Laparosc Endosc*. 1991, (1) 240-5.

ARRUBARRENA VM. La relación médico-paciente. *Cirujano General*. 2011; 33 (Supl 2): 122-5.

AXTELL R. *Gestos. Lo que se considera correcto e incorrecto en la comunicación a través del lenguaje corporal en todo el mundo*. Barcelona: Iberia; 1993.

BALIBREA JL. Prólogo. En: Porrero editor. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico*. Madrid: Doyma; 1999. p. 3-5.

BASCUÑÁN ML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chile*. 2005; 133: 11-6.

BECK RS, DAUGHTRIDGE R, SLOANE PD. Physician-patient communication in the primary care office: A Systematic Review. *J Am Board Fam Pract*. 2002; 15: 25-38.

BELLÓN JA, MARTÍNEZ T. La investigación en comunicación y Salud: una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Primaria*. 2001; 27 (7) 452-8.

BENDAPUDI N, BERRY L, FREY K, TURNER J, RAYBURN W. La conducta médica ideal según los pacientes. *Diario Médico*. Ag 2006. Disponible en: <http://www.condignidad.org/la-conducta-mca-ideal-segos-pacientes.html>

BOLDT HJ. The management of laparotomy patients and their modified after treatment. *NY Med J*. 1907; (85) 145-53.

BOOTE P, FINEGAN BA. Chasrning the admission process for elective surgery: an economic analysis. *Can J Anaesth*. 1995; 42: 391-4.

BORRELL F. *Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud*. Barcelona: Doyma; 1989.

BOZZINI PH. Lichtleiter. Eine Erfindung zur Anschauung innerer Teile und Krankheiten. *J Prak Heilk*. 1806; (24) 107-9.

BUENO J, PLANELLS M, ARNAU C, SANAHUJA A, OVIEDO M, GARCIA R, *et al*. Colectistectomía paroscópica ambulatoria: el nuevo Gold estándar de la colectistectomía laparoscópica. *Rev Esp Enferm Digest*. 2006; 98 (1) 14-25.

CAPITÁN JM. Crisis sanitaria y Cirugía Mayor Ambulatoria. *CIR MAY AMB*. 2013; 18 (1) 1-3.

CÓFREDOS P, OFMAN S, STEFANI D. La comunicación en la relación médico-paciente: análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Rev Comunicación y Salud*. 2014; (4) 19-34.

COHEN DD, DILLON JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA*. 1966; 196: 1114-6.

COMISIÓN para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria. Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y de Balears.3-4. Madrid: Ergon; 1993.

CRUZ O, FRAGOSO MC, GONZÁLEZ I, SIERRA DP, LABRADA JA. La relación médico-paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *MediSur*. 2010; 8 (5) 110-20.

CUSHING H. The employment of local anaesthesia in the radical cure of certain cases of hernia, with a note upon the nervous anatomy of the inguinal region. *Ann Surg*. 1900; 31: 1.

DARWIN C. *The Expression Of The Emotions in Man and animals*. London: John Murray; 1872.

DAVIS CJ. A History of endoscopic surgery. *Sur Laparosc Endosc*. 1992; 7: 369-73.

DAVIS JE, SUGIOKA K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluations. *Surg Clin North Am*. 1987; 67: 721.

DAVIS JE. *Major Ambulatory Surgery*. Baltimor: Williams & Wilkins; 1986.

DE LA UZ ME. La relación médico-paciente y su panorama actual. *Bioética*. 2010; enero-abril: 21-5.

*DERECHOS y deberes de los pacientes. Ley 41/2002 de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas*. Granada: Editorial Comares; 2003.

DÖRR A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Med Chile*. 2004; 132: 1431-6.

DÖRR O. El desafío ético en la Psiquiatría. *Rev Med Chile*. 1993; 121: 811-8.

DUBOIS F, BERTHELOT G, LEVARD H. Cholecystectomy par coelioscopie. *Presse Med.* 1989; 18: 980-3.

EKMAN P. *¿Qué dice este gesto?* Barcelona: RBA Libros-Integral; 2014.

*ESTADÍSTICA de Centros Sanitarios de Atención Especializada* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010. Disponible en: [http://msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/docs/SIAE\\_Resultadosprovisionales\\_2010.pdf](http://msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/docs/SIAE_Resultadosprovisionales_2010.pdf).

FARQUHARSON EL. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet.* 1955; 1: 517-9.

FORD JL, REED WA. The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care. *Ariz Med.* 1969; 26: 801-4.

GALÁN JC. La responsabilidad médica y en consentimiento informado. *Rev Med Urug.* 1999; 15: 5-12.

GALINDO A, DOCOBO F, PALACIOS C, SOUSA MJ, MARTÍN J, MARÍA J. Colectistomía laparoscópica en Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir Esp.* 2000; 68 (suppl 1) 103-4.

GARCIA A, GUTIERREZ L, CUETO J. Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Cir Endosc* 2016; 16 (2) 93-06.

GARCIA-AGUADO, R. Nuevas tendencias en la selección de pacientes. *V Congreso Nacional de ASECM*A; 3/5 10 2001; Vitoria-Gasteiz.

GÓMEZ R. *El médico como persona en la relación médico paciente.* Madrid: Editorial Fundamentos; 2002.

GRACIA D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética.* Madrid: Triacastela; 2004.

GRACIA D. La práctica de la Medicina. En: Couceiro A. *Bioética para clínicos.* Madrid: Triacastela; 1999. p. 95-08.

GUERRERO AM. Estructura y funcionamiento de la cirugía mayor ambulatoria. En: *Gestión Clínica en Cirugía.* Madrid: Aran ediciones; 2005. p. 8-221.

HASSON HM. Open laparoscopy vs closed laparoscopy: a comparison of complication rates. *Adv Plan Parent*. 1978; (13) 41-50.

HERNÁNDEZ-TORRES I, FERNÁNDEZ-ORTEGA MA, IRIGOYEN-CORIA A, HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Familiar*. 2006; 8 (2) 137-43.

ILIZÁSTIGUI F, RODRÍGUEZ L. El método clínico. *REV FINLAY*. 1990; 4 (4) 3-23.

THE GLOBAL Competitiveness Report. Ginebra: World Economic Forum; 2012. Disponible en: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalCompetitivenessReport\\_2012-13.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2012-13.pdf)

KALK H, BRUHL W. *Leitfaden der Laparoskopie und Gastroskopie*. Stuttgart: Thieme; 1951.

KEATS D. *La entrevista perfecta: cómo obtener información necesaria en cualquier tipo de entrevista*. México: Pax México; 2008.

KELLING G. Über die Oesophagoskopie, Gastroskopie und Koelioskopie. *Münch Med Wschr*. 1902; (49) 21-4.

LAÍN ENTRALGO P. *La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media*. Discurso de recepción. Real Academia de la Historia; Madrid 7 junio 1964.

LAÍN ENTRALGO P. *El médico y el enfermo*. Madrid: Ediciones Guadarrama; 1969.

LAÍN ENTRALGO P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza; 1983.

LAÍN ENTRALGO P. *Enfermedad y pecado*. 1961.

LAPORTE E. *Manual de Cirugía Laparoscópica*. Barcelona: Pulso Ediciones; 1993.

LÁZARO J, GRACIA D. La relación médico-enfermo a través de la historia: *Anales Sis San Navarra*. 2006; 29 (Supl 3): 7-17.

LEÓN FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*. 2006; 2 (3) 257-60.

LEVINSON W. Physician patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA*. 1994; 272: 1619-20.

LIPOVETSKY G. *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama; 1986.

López Piñero JM. Los estudios de Laín Entralgo sobre la relación entre médicos y enfermos. *An R Acad Med Comunitat Valenciana*; 9: 1-7.

LLOMBART A. *Sesión Necrológica en memoria del Prof. José Cano Ivorra*. RAMCV 25 de junio de 2015.

LLOYD M, BOR R. *Communication skills for medicine*. Londres: Churchill Livingstone; 2001.

*MANUAL Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

MARÍN J, ZARAGOZA C, BARRERA JM. Antecedentes históricos y evolución de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España. En: Porrero JL, editor. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico*. Madrid: Doyma; 1999. p. 1-8.

MARÍN J. Presente y futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España. En: *Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria*. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2002.

MCLANE C, ZYZANSKI S, FLOCKE S. Factors associated with medication non-compliance in rural elderly hypertensive patients. *Am J Hypertens*. 1995; 8 (2) 206-9.

MEZEI G, CHENG F. return hospital visits and hospital readmissions alter ambulatory surgery. *Ann Surg*. 1999; 230: 721-7

MILNE SE, KENNY GNC. Future applications for TCI systems. *Anaesthesia*. 1998; 53 (Supl 1) 56-60.

MÜHE E. Die ertste Cholezystektomie durch das Laparoskop. *Langenbecks Archiv Chir.* 1986; 369: 804-7.

MULLER R. Ambulatory flebectomy. *Ther Umsch.* 1956; 49: 447-50.

NARBONA B. *Defensa de la responsabilidad personal. Responsabilidad personal en Medicina.* Discurso de recepción como Académico Electo. RAMCV 27 febrero de 1970 (1-17).

NICOLL JG. The surgery of infance. *Br Med.* 1909; 2: 753-4.

NITZE M. Eine neue Beobachtungs-und Untersuchungs methode für Harnröhre, Harnblase und Rektun. *WIEN MED WSCHR.* 1879; 29: 649-52.

ONLINE Etymology Dictionary Retrieved August [Internet] 28, 2015. [Place unknown: publisher unknown; 2015]. Laparoscopy. Disponible en: <http://dictionary.reference.com/browse/laparoscopy>

ORTÚN V, RODRÍGUEZ F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin.* 1990; 95: 385-8.

PALMER R. La coelioscopie. *Bruxelles Med.* 1948; 28: 305.

PAPACEIT J, OLONA M, RAMÓN C, GARCIA-AGUADO R, RODRIGUEZ R, RULL M. Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gac Sanit.* 2003; 17 (5) 384-92.

PARDO R, RAMIA JM, PADILLA D, MARTÍN J, LÓPEZ A, CRESPO P, *et al.* Cirugía Laparoscópica Ambulatoria. *Cir Esp.* 1998; 64 (Suppl 1) 105.

PEASE A, PEASE B. *El lenguaje del cuerpo: cómo interpretar a los demás a través de sus gestos.* Barcelona: AMAT; 2010.

PEÑA A. Medicina y filosofía. Investigación biomédica y problemas epistemológicos. *Rev Observaciones Filosóficas.* 2005; 66 (3) 62-71.

PÉREZ A, VIDAILLET EC, CARNOT J, DUANE OJ. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. *Rev Cubana*

*Medicina General Integra*. 2003. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000600006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600006&lng=es)

PLANELLAS M, GARCÍA R, MARTÍNEZ P, HOYAS L. Colectomía laparoscópica en régimen ambulatorio: resultados preliminares de una serie de 52 pacientes intervenidos de forma consecutiva. *Cir Esp*. 1998; 64 (Suppl 1) 105.

POLLARD JB, ZHORAY AL, MARZE RL. Economic benefit attributed to opening a preoperative evaluation clinic for outpatients. *Anaesth Analg*. 1996; 83: 407-10.

RAVITCH MM. Early rising for the postoperative patient. *Johns Hopkins Nurses Alumnae Mag*. 1946; 134: 596-02.

REAL Decreto 1277/2003, de 10 de octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE nº 254, de 23/10/2003. Madrid: *Ministerio de Sanidad y Consumo*; 2003. p. 37893-37902.

REBEL G. *El lenguaje corporal*. Madrid: Editorial Edaf; 2000.

REDDICK E, OLSEN DO. Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. *Am J Surg*. 1990; 160: 485-7.

REDDICK EJ, OLSEN DO, DANIELL JF, SAYE WB, MCKERNAN B, MILLER W *et al*. Laparoscopic laser cholecystectomy. *Laser Medicine and Surgery news and advances*. 2010; 7: 38-40.

RIVERO SO. La relación médico-paciente en la actualidad. En: Rivero Serrano O, Tanimoto M. El ejercicio actual de la Medicina. México DF: Siglo XXI; 2000. p. 32-8.

ROBERTS L. Una alternativa a las camas de agudos basada en los principios de la Cirugía Ambulatoria. *Cir M Amb*. 1999; 2 (4) 366.

RODRÍGUEZ H. La relación médico-paciente. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2006; 32 (4).

ROGER F. *La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales*. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía (AEEFP). XVII Semana de Ética y Filosofía; 1-3 Jun 2011; Donostia-San Sebastián. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2001.

ROJAS MARCOS L. La deshumanización en la Medicina. *El País*. 11 Jun 1992. p. 12.

RUDDOCK JC. Peritoneoscopy. *Surg Gyne Obstet*. 1937; 65: 623-39.

RUÍZ R, RODRÍGUEZ J, EPSTEIN R. ¿Qué estilo de consulta debería de emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2003; 32 (3) 594-02.

SEMM K. Advances in pelvoscopic surgery (appendectomy). *Curr Probl Obstet Gynecol*. 1982; 5:1.

SIEGLER M. La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión. En: *Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1997. p. 44-64.

SIMÓN P. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela; 2000.

SONG D, JOSHI GP, WHITE PF. Fast-Track eligibility after ambulatory anesthesia: comparison of desflurane, sevoflurane and propofol. *Anesth Analg*. 1998; 86: 267-73.

STARKMAN M, VENUTOLO F. Problèmes posés par la creation d'une unité independante de chirurgie ambulatoire. *Cah Anesthesiol*. 1993; 41 (5) 537-41.

STEPHENS FO. An organization for out patients surgery. *Lancet*. 1961; 1: 1042.

SZASZ T. *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets; 1981.

VEATCH, EMANUEL Y CHARLES (citados por De la Uz ME. La relación médico-paciente y su panorama actual. *Bioética* 2010. Enero-abril: 21-5).

VIDAL MC. *La relación médico-paciente bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.

WARNER MA. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA*. 1993; 270: 1337-41.

WATERS RM. The down-town anesthesia clinic. *Am J Surg*. 1919; (33 Suppl) 71-6.

WEBER A. Historia y evolución de la cirugía endoscópica. En: Vega-Malagón J, editor. *Tratado de Cirugía General*. México: Manual Moderno; 2008.

WHITE PF, WATCHA MF. Postoperative nausea and vomiting: prophylaxis versus treatment (Editorial). *Anesth Analg*. 1999; 89: 1337-9.

WHITE PF. Ambulatory anesthesia: past, present and future. En: PF White, editor. *Ambulatory Anesthesia and Surgery*. London: WB Saunders; 1997. p. 1-34.

WIKIPEDIA [Internet]. [Place unknown: Wikipedia; date unknown]. *Comunicación no verbal*. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n\\_no\\_verbal](https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n_no_verbal)

ZARAGOZA C, VILLALBA S, TRULLENQUE R, COMPANY R. Cirugía mínimamente invasiva: 100 pacientes intervenidos consecutivamente en cinco meses. En: *Cirugía Mayor Ambulatoria*. Barcelona: Forum Sintex, 1995. p. 89-92.



DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

**D. Justo Medrano Heredia**



EXCMO. SR. PRESIDENTE,  
ILMA. SRA. SECRETARIA,  
ILMOS. SRAS. Y SRES. ACADÉMICOS,  
ILMAS. AUTORIDADES,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

**H**OY ES YA BIEN SABIDO que nuestra Real Academia con casi dos siglos de existencia, es una de las instituciones culturales y científicas más antiguas de Valencia y por tanto de nuestra Comunidad, que ha sabido actualizarse al ritmo de los tiempos y cubriendo sus objetivos propios, saber actuar en armonía y sinergia con las demás instancias que se ocupan y preocupan por la Medicina y la Sanidad. Por todo ello goza de una respetuosa consideración en nuestra Sociedad.

El prestigio y el nivel científico que desde siempre ha tenido la Medicina en la Ciudad de Valencia y el que se ha ido generando en los cuatro últimos decenios en las Provincias de Castellón y de Alicante, hace que cada vez sean más los científicos y brillantes profesionales que puedan incorporarse a las tareas de esta real y longeva Institución.

Ya con mis primeras palabras deseo manifestar la satisfacción por poder compartir con mis compañeros académicos y con todos Vds. señoras y señores presentes, un acto tan relevante motivado por la entrada del nuevo académico en nuestra Institución. Porque supone poder participar conjuntamente en el merecido reconocimiento oficial y público a una persona por su obra y por el hecho de que viene a contribuir con su personalidad a las tareas propias de esta Real Academia.

La tradición y el protocolo establecen que el discurso de entrada del Académico Electo sea contestado por un Académico de Número, con el objeto de presentar los méritos que le acompañan y de valorar el contenido de su Discurso de Recepción. Por ello he de agradecer al Presidente, a la Secretaria y a mis compañeros de Junta el que me hayan cedido el privilegio de asumir dicha función, en torno a una persona admirada por su obra quirúrgica y sus valores personales.

El nuevo Académico portador de un bello apellido que se hunde en la historia de los Reinos de Valencia y Aragón, nació en El Palmar de Murcia. Siendo el mayor de una familia de once hijos creada por Isabel y Agustín, ésta pronto se trasladaría a Santa Pola su pueblo adoptivo, donde él fue creciendo en unos tiempos severos, difíciles y no tan lejanos, que los mayores recordamos. Tiempos en los que cuando el pan se caía al suelo, se recogía enseguida, se besaba y se ponía de nuevo sobre la mesa. En aquel contexto fue construyéndose a sí mismo un proyecto existencial, en el que desde una actitud de noble superación siempre quiso ser más y hacer más.

Fue chico de los recados del Juzgado de Paz de su pueblo, más tarde pinche de cocina y camarero, pero al tiempo que crecía consiguió hacer de forma libre el bachiller en el Instituto Jorge Juan de Alicante, para más tarde obtener la titulación de Ayudante Técnico Sanitario en la Escuela de ATS de la Diputación de Alicante. Y ya a continuación se trasladó a Valencia trabajando primero de estibador en su puerto, hasta que entró en el antiguo Hospital Provincial, primero como camillero y después como ATS. Paralelamente iniciaba los estudios de Licenciatura en Medicina y Cirugía, siendo pronto alumno interno por oposición de la Cátedra de Anatomía y más tarde de Cirugía en el Servicio de Cirugía General, dirigido por el Prof. Narbona. Se licenció con 16 matrículas de honor y una media de Sobresaliente en 1980, doctorándose con sobresaliente cum laude, siendo Premio extraordinario de la Universidad de Valencia y Premio Nacional de Doctorado de la Real Academia Nacional de Medicina.

Tras obtener por examen nacional el MIR de Cirugía General y del Aparato Digestivo con un buen número, decidió quedarse en Valencia

y en su Hospital General para continuar su formación al lado del Prof. Benjamin Narbona Arnau. Durante ese período realizó estancias en los Departamentos de Cirugía de Lausanne con el Prof. Saegesser y de Maguncia con el Prof. Frank. Posteriormente continuaría como Médico Adjunto y Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General del mismo Hospital, hasta que en 1993 obtuvo por concurso oposición el puesto de Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General de Requena, donde permaneció hasta 1997. En 1995 ya se había adentrado precozmente en el novedoso campo técnico de la Cirugía laparoscópica, obteniendo la Diplomatura Universitaria en Cirugía Laparoscópica por la Universidad de Montpellier. En el Hospital Provincial crearía la primera Sección de Cirugía Mínimamente Invasiva y posteriormente el primer Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria de la Comunidad Valenciana y uno de los primeros en nuestro País. Sus experiencias condicionaron el que fuera uno de los fundadores de la Sociedad Española de Cirugía Laparoscópica y de Cirugía Ambulatoria. En 1996 a través de un proyecto de investigación docente patrocinado por la Unión Europea, conjuntamente con las Universidades de Montpellier, Catania y Atenas, organizó la Euromediterranean School of Endoscopic Surgery (EMSES), mediante un sistema de televideoconferencia de la compañía France Telecom. En ella se diplomarían más de 250 cirujanos, por la Universidad de Montpellier.

Es Profesor Asociado de la Universidad de Valencia desde 1987, Evaluador de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES), ha impartido y dirigido Cursos de Doctorado sobre Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Mínimamente Invasiva e Investigación Biomédica. Es autor o coautor de 22 libros o capítulos de libros, de 120 publicaciones, de 450 comunicaciones a congresos. Ha obtenido 13 becas de investigación y 30 Premios científicos y tiene una Patente europea de malla quirúrgica 2009.

Es miembro de 22 sociedades científicas nacionales e internacionales, Académico correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Granada 1981, Cataluña 1985, Valladolid 2000 y Valencia 2007. Así como Académico de la Real Academia de Doctores de España

2006, de la Academié Nationale de Chirurgie de Francia en 2016 y de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao 1982, Miembro Honorífico del Instituto Médico Valenciano en 1988 y Colegiado de Honor de los Colegios de Médicos y de Enfermería de Valencia. En el 2005 le concedieron la American Medal of Honour del American Biographical Institute. Ha sido Asesor del Ministerio de Sanidad de Panamá para Cirugía Mayor Ambulatoria, Miembro de Honor de la Asociación Española de Médicos escritores y artistas. Desde 2015 es Jefe de los Servicios de Cirugía General y Digestiva y CMA del Hospital General Universitario de Valencia.

Nunca perdió de vista sin embargo el cuidado de otros aspectos para él importantes en su vida, como son en primer lugar la atención y el cuidado a su esposa e hijos y a toda su familia, así como la dedicación y ayuda a los demás. Por su compromiso social y su decidida actividad en la cooperación internacional se desplazó en varias ocasiones a los campamentos de refugiados saharauis de Smara, Dagla y Auser ubicados en Tindouf en el desierto del Sahara argelino, para intervenir quirúrgicamente a ciudadanos de aquellas poblaciones. Entre sus aficiones está primero la Cirugía, pero también el tenis y el motorismo, sin olvidar su pasión por los toros.

El discurso de Cristóbal Zaragoza tiene el valor de las cosas atrevidas y nuevas, presentando la nueva imagen de una Cirugía que de nuevo vino a cambiar y radicalmente el acto manual del cirujano, al mismo tiempo que como médico humanista que es, se ha adentrado en el análisis de la esencial tarea médica junto al enfermo en una época de crisis.

La Cirugía goza hoy de un alto reconocimiento como consecuencia de la confianza que hoy la Sociedad tiene en ella, por ser un procedimiento médico seguro y eficiente, que ha venido a mejorar la salud, las expectativas y la calidad de vida de las personas. Pero el camino hasta aquí ha sido largo, plagado de enormes dificultades y ha estado cubierto de impresionantes esfuerzos por ir superando lo desconocido.

Alude con orgullo a su excepcional relación con su Maestro el Prof. B. Narbona, pues tuvo el privilegio de ser su amigo durante más de veinte años, hasta su jubilación y aún después. No se quedó a su sombra sino que se cogió del brazo de un gigante de su tiempo. Destaca el hecho de pertenecer a su Escuela quirúrgica de tal forma que su relato invita hoy aquí también en nuestra Academia a reflexionar sobre las Escuelas médicas. Unas Escuelas enmarcadas en la cultura, conocimientos y creencias de cada momento, que como toda obra y función humanas han tenido sus luces y sus sombras, pero que más por lo segundo, sin conocimiento ni reflexión suficientes han venido siendo denostadas por algunos.

En ese largo devenir las Escuelas han ejercido una función excepcional. Hipócrates nos dejaba entre sus aforismos el que “La vida es corta y el Arte es largo”, ya que toda obra humana empalidece ante la permanente transformación, de ahí la importancia de preservar una tradición en el ejercicio del arte médico, lo que implica la recepción y la transmisión de capacitaciones, saberes y valores aceptados y el cuidado de criterios éticos. Las Escuelas, por supuesto todas las Escuelas Médicas y Quirúrgicas, esencialmente dirigidas por personalidades sobresalientes si no excepcionales, han supuesto el interés de un colectivo en la búsqueda de la verdad científica, al servicio del buen hacer y han sido un estable bastión de la ética médica.

La Cirugía como Ciencia basada en la acción manual científica está existencialmente unida a una tradición, que mantiene su oculta armonía con el permanente cambio que condiciona la dictadura de cada presente, haciendo no solo que tradición y cambios sean compatibles, sino necesarias como la noche con respecto al día. La tradición une a generaciones a través del tiempo, en un permanente dar y tomar aquello que en el cambio generacional mantiene su validez, por lo que tiene una función no solo conservadora, sino progresista porque selecciona lo válido y de ahí que sea un progreso preservado. Ello hace que en el acto médico solo permanezca aquello, que viene sirviendo a las necesidades de la vida y fundamentado en el Etos de la Humanidad. Para Georg Heberer las Escuelas “son rocas en el torrente fluido del tiempo”, en ellas los más jóvenes tras una

larga fase de escuchar, observar y aprender, podían luego con un criterio crítico propio irrumpir, incluso rompiendo, sabiendo que quien se queda en la costa, no puede descubrir océanos. Enseñar y aprender mutuamente no significa copiar ni imitar, sino en armonía a principios éticos y técnicos sometidos a la crítica del método científico y por tanto de la razón, permitir que los demás también construyan y progresen.

Y la Cirugía valenciana que siempre estuvo en la primera frontera de la Medicina europea, puede esgrimir también aquí con sereno orgullo sus méritos. Ya Luis Alcanyis en 1462 creó una de las primeras de Europa, “La Escola de Cirurgia”, que se continuaría poco después con el “Privilegi per la Dissecció”. Desde entonces en Valencia tenemos el legado de las contribuciones de tantas personas abnegadas que vinieron a resultar decisivas. Los Maestros que ya se fueron transmitían sus conocimientos a través de su formación, su propio estilo racional y sus emociones, convenciendo con su ejemplo de trabajo y de vida.

Por no extenderme y parecer olvidarme de otros, cito hoy aquí solo expresamente a Don Carlos Carbonell Antolí y a Don Francisco Gomar Guarner, sin menoscabo de los Maestros de las excelentes Escuelas Médicas valencianas, muchos de los cuales antes que nosotros estuvieron aquí sentados. Y cómo no la Escuela de donde procede el nuevo académico y a la que pertenecen también notables cirujanos como Sancho Fornos, Enrique Fuster, Dávila, Olavarrieta, Villalba, Lloris,... entre otros más.

En los últimos 50 años la Escuela Médica como concepto, con el avance de la Medicina, el cambio de modelo asistencial, la explosión demográfica y económica, y los cambios técnicos y socioculturales ha experimentado un drástico cambio. Ciertamente que muchas de sus estructuras y condiciones laborales de ayer hoy no son aceptables, pero sin ellas no se hubiera llegado hasta aquí. De las Escuelas surgieron pronto los primeros Jefes de aquellas llamadas Residencias, hoy Hospitales con Servicios que son o pueden ser Escuelas y que a su vez luego dieron el relevo a otros líderes, formando nuevas genera-

ciones. Hoy cada vez surgen más y nuevos conocimientos en cada vez campos más pequeños y ya ni quien dirige un Servicio o Sección, ni nadie puede ya por sí solo abarcar el amplio campo de cada Especialidad. El aprendizaje médico de las Especialidades se realiza hoy a través de nuestro exitoso MIR. Por lo que de un Jefe que asume participar en la formación de otros, se espera también compromiso, dignidad, destacada capacitación profesional y una actitud ética contagiante.

Es cierto también, que ahora las fuentes de formación son variadas, se viaja más, se visitan otros Centros y que a veces la informática puede suplir al maestro como fuente de documentación y de conocimiento. También es cierto que en los Cursos de entrenamiento de técnicas laparoscópicas o endoscópicas, propiciadas por agentes comerciales, se puede aprender mediante videos y prácticas el instrumentario a propiciar y los detalles técnicos. Sin embargo en ellos la responsabilidad médica y la coherencia con principios éticos se quedan muy cortos.

En los últimos tiempos hemos visto cómo la Cirugía ha ido perdiendo progresivamente agresividad, ya no se practican amputaciones pélvicas o mastectomías suprarradicales. El avance técnico es incesante, con incisiones mínimas de menor agresión biológica, hemos pasado del bisturí, las tijeras y el lino a sistemas modernos de coagulación, láser y máquinas que cortan y cosen al mismo tiempo, quirófanos perfectamente monitorizados, ergonómicos, inteligentes e instrumentos con representación tridimensional del área anatómica.

El Dr. Zaragoza nos ha descrito con precisión todos los aspectos modernos de la Cirugía Mayor Ambulatoria, donde la filosofía fundamental es la reducción de la agresión hospitalaria y quirúrgica, mediante intervenciones con nuevas tecnologías endoscópicas y los máximos cuidados. Con ello se consiguen mayores niveles de eficiencia y una mayor satisfacción laboral al contemplar de principio a fin la resolución de la patología del enfermo. Como él afirma el futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria está garantizado siempre que mantenga las ventajas actuales para el paciente, menor altera-

ción de su entorno vital, menor impacto emocional, menor infección nosocomial, menor riesgo de tromboembolismo, una asistencia más directa, personalizada e integral y en la que la calidad asistencial ha de ser un indicador de seguridad sanitaria. De ahí también la decisiva importancia de la indicación operatoria. La Cirugía Mayor Ambulatoria ya no es una alternativa a la Cirugía con ingreso, sino una Cirugía de primera elección.

En ese futuro habrá que tener en cuenta también ya, que los robots cirujanos computarizados con la telemedicina están llegando. Tras el Leonardo da Vinci el robot STAR solo probado experimentalmente en cerdos, de momento ejecuta ya la laparoscopia y aunque el médico le indica donde debe suturar y lo hace bajo supervisión por sí solo, supera en precisión a los cirujanos en las anastomosis. Se puede pensar que podrían desplazar en el futuro al cirujano del quirófano y ello a pesar de los enormes costes. La tecnificación de la Cirugía —adelantaba René Leriche, maestro de Dos Santos y La Fontaine— tiene el peligro de que le haga perder su alma, porque nos distancia de otras personas. En todo caso el acto quirúrgico seguirá siendo un acto racional a través de las manos, aunque las manos robóticas ocupen su lugar en el interior corporal, en una interacción mano humana-robot y artefacto quirúrgico.

No es casual pues que el Dr. Zaragoza haya llamado también la atención en torno a la crisis de una adecuada relación médico-enfermo, en la que ya no participa solo el médico, sino la familia, la administración y la enfermería entre otros estamentos y donde los cambios circundantes pueden haber venido a afectarla estructuralmente. Sus reflexiones nos obligan a todos, personas e instituciones a pensar, para al menos aventurar a aproximarse a un análisis de sus causas. Porque aquí y más que antes una adecuada relación médico-paciente es especialmente necesaria ante todo acto quirúrgico y que ha de fundamentarse en la confianza, ya que supone una vivencia única en la vida de una persona y el enfermo espera que el cirujano lo y le comprenda.

Como nos recuerda el Dr. Zaragoza la Medicina surgió antes que los Hospitales y es aquí donde más se aprecian los signos de esa crisis relacional. No es sino hasta el siglo XIX cuando se sustituyen los Hospicios, se desarrollan la Anatomía Patológica, la Medicina Interna y la Cirugía e irán apareciendo avances como la asepsia, la anestesia, luego los RX, antibióticos, etc., Pero el Hospital tal cual hoy conocemos, es un invento más bien americano de la postguerra del s. XX para la mejora de la salud de la ciudadanía. Un sistema heterogéneo plagado de personas completamente diferentes en sus actitudes, donde se trabaja en equipo bajo nuevas modalidades asistenciales y se incorporan diferentes disciplinas y mayores recursos. Hasta entonces la relación médico-enfermo nunca había estado enmarcada en un escenario así y ni siquiera similar.

Mientras en un principio en Europa la Administración parecía estar amparando las tareas de los médicos al servicio de la población como objetivo de las instituciones hospitalarias, su influencia envuelta en el pensamiento político de cada momento fue aumentando con el coste económico. Luego desviaría su atención, asumiendo el control de aquellas tareas en una transición –quizás obligada– pero sigilosa. Ya está establecido un sistema en el que entre el médico y el paciente se ha situado la Administración y en el que priman argumentos económicos y orientados al beneficio o al control de pérdidas. Hoy en una era de ejercicio médico gestionado administrativamente en los aires políticos –a veces cambiantes– las opiniones de los médicos y de los propios enfermos están sometidas a las de los administradores, economistas y burócratas, situados en medio de la relación médico-enfermo.

En su evolución social la asistencia hospitalaria ha explotado en una manera inusitada para los viejos del lugar. Cada vez hay más gente involucrada en la atención al ciudadano, en una Institución donde todos y nadie es responsable. Aumenta el distanciamiento entre el médico y el ciudadano paciente, quien a veces se pierde en el sistema y busca recomendaciones sorteando la solidaridad y la confianza colectiva. Cada vez hay más aparatos de Medicina que se sitúan entre el médico y el paciente, que no permiten o hasta impi-

den verlo, si acaso a distancia o por encima de una pantalla. El informe de la máquina “ad hoc” es más importante que la propia expresión del paciente sobre su enfermedad. El galopante progreso de la Medicina, de la Tecnología y el crecimiento de una población que ejerce sus derechos junto a una insaciable demanda, han condicionado obligadamente una cobertura desajustada y costes cada vez más elevados. La tecnificación, la especialización, junto a la burocratización de la Medicina han provocado la pérdida de visión de conjunto, provocando la despersonalización de esa relación.

Y ello en un sistema que considera que todo está programado, el número de enfermos o de intervenciones, el tiempo para cada uno y para cada acto médico, en un mercado donde prevalece la relación coste-efectividad sobre el humanismo médico y se condiciona al médico para que sea más productivo, como si fuese en una fábrica de medicar y operar. La inflación de datos conduce a una burocratización del sistema sanitario y éstos se tienen como una medida de su eficiencia, prestigio y éxito, mientras bajo el ejercicio administrativo se está seguramente privando la dedicación al enfermo de un tiempo precioso. Hay que admitir que la rigidez de tiempos y horarios laborales contrasta con el espíritu y dedicación serena, que se espera de la prestación médica responsable de un médico motivado. No es cuánto, en cuanto a cifras y tiempos sino el qué, en el sentido de seguridad y el cómo, en el sentido de la indicación operatoria, el tratamiento postoperatorio y sus resultados en la salud integral de una persona y en el marco de una dedicación personalizada.

Ya no es posible como antes lo fue, que un enfermo disponga de un mismo médico como referente permanente durante su estancia hospitalaria, que le aconseje y apoye, vaya explicando datos, hallazgos y evolución. Actualmente no siempre puede el paciente elegir a su cirujano, aunque sí el hospital que se le asigna y ha de dejar al azar el médico o cirujano que les toque y la Sociedad ha de confiar en que los criterios de formación y capacitación oficialmente establecidos, se cumplen.

En el contexto descrito hoy, tanto o más que antes parece resultar mandatoria una cuidadosa preparación en reflexiones éticas, de los que mañana serán nuestros médicos, tanto durante sus estudios como en su posterior formación como especialistas. Se puede leer mucho, aprender de libros y cursos de técnicas y se puede tener mucha Ciencia médica y sin embargo con ello – sólo–, no se es médico. Ya Billroth “ afirmaba que procedía diferenciar correctamente la Medicina científica del Arte médico. El saber adquirido no es hoy tampoco un fin en sí mismo, hay que ser técnico o científico, pero también médico en una misma persona. Es preferible encontrarse con un profesional humanitario bien preparado, que con uno científico pero deshumanizado. Antes que los principios bioéticos específicos, el aprendizaje de los éticos deben ser básicos en la enseñanza de la Medicina y de la Cirugía. Si no, en la búsqueda esforzada por un devenir profesional personal, ante la inevitable presión asistencial, administrativa y social que les acompañará, ¿cómo han de compaginarlo todo con actitudes éticas?

A su paso a la vida hospitalaria o profesional los jóvenes médicos podrían estar expuestos a mimetizar actitudes inadecuadas, si no han sido formado previamente. Allí las Comisiones éticas de los Hospitales no estarán ya en condiciones de superar ese déficit.

Mientras por razones de mercado, se siguen creando nuevas Facultades de Medicina, es posible que algunas se hayan quedado atrás en sus objetivos institucionales. El objetivo institucional no ha de ser aprobar un examen como el MIR español, sino formar al médico que ha de atender a la Sociedad y que ésta necesita y espera. En muchas de ellas aferradas a una formación memorística basadas en asignaturas estanco a modo de mosaicos, sin coherencia, ni vector cohesionante final, la formación ética y humanística puede ser cuestión de azar. Es muy difícil aprender algo, que no te enseñan. El comportamiento ético médico no se adquiere por medio de una pura enseñanza teórica de conocimientos, sino que se interioriza como una actitud a través de un amplio proceso de vivencias. El valor del histórico Juramento de Hipócrates, ha de enmarcarse ya en La Declaración Universal de Derechos Humanos. Todo hombre por razón

de su dignidad posee unos derechos inalienables. Se ha roto la asimetría histórica, como consecuencia del cambio sociocultural y aunque uno sabe más que otro, la información es patrimonio de la ciudadanía, la relación es más madura y al mismo tiempo también más conflictiva. Ello implica el que en sus actitudes cotidianas el médico —como todo el personal sanitario—, ha de esforzarse en alcanzar la excelencia profesional, tanto en los aspectos técnicos ligados a su profesión como en los éticos. Ello obliga a seguir aprendiendo a manejar de manera equilibrada los dos principios éticos que a menudo entran en conflicto, los principios de beneficencia y de autonomía.

El paciente ya no puede ser tratado como alguien “infirmus”, es decir como alguien sin firmeza no solo física, sino también psíquica y moral. De agente pasivo ha pasado a una posición más activa, aumentado sus exigencias y expectativas y su deseo de ejercer su autonomía con una mayor participación a la hora de establecer la indicación y el modo de un tratamiento y espera al mismo tiempo que el Sistema Sanitario permita al médico armonizar adecuadamente el ejercicio de una asistencia técnica y científica médica con el humanismo.

Es bien sabido que el diálogo abierto y confiado entre paciente y médico sigue siendo antes como ahora la base de una confiada esperanza y puede ser que a veces esté distorsionado. Una buena calidad de la relación médico-enfermo afecta a la respuesta emocional, la conducta y la evolución del proceso del paciente, aumentando su confianza y su compromiso. Los pacientes esperan como siempre un médico que inspire confianza, sea comprensivo, amable, franco y respetuoso, que tenga tiempo para escuchar con empatía y comunique atendiendo a su nivel cultural. En este sentido los médicos debemos mejorar las técnicas de comunicación con los pacientes y sus familiares, por lo que es indispensable el aprendizaje de aptitudes de comunicación eficaces.

En el caso de la Cirugía cuando ésta ha de entrar en acción, la cosa se pone seria para el paciente o es seria su situación. Se puede sentir hasta temor o miedo al percibir, que se ha de estar bajo anestesia.

sia, presentir que se habrá de estar inerte en manos del médico, del personal, del sistema. Lo que suceda entre inducción y despertar se lo contarán otros. La intervención es casi un misterio, un enigma. El cirujano tendrá acceso al interior corporal de las personas, que a otros seres no le son permitidos. Después le quedará, en principio solo una cicatriz, el postoperatorio y el pronóstico. Todo paciente que entrega su confianza a un cirujano le confía mucho, su salud, su autodeterminación, su futuro. Por eso hemos de saber qué piensan nuestros conciudadanos de nosotros y de nuestros actos, en el escenario organizativo en el que hemos de atenderles. Una de las publicaciones más interesantes al respecto es la que ya hizo el Dr. Zaragoza en el 2003... “Ansiedad y preocupaciones prequirúrgicas en el paciente y su cuidador familiar en Cirugía Mayor Ambulatoria”.

En esa interacción las expectativas pueden ser a veces enormes y no es de extrañar, que no todas se puedan cumplir. De un lado la grandeza humana del arte médico de la Cirugía, estriba en que el cirujano asume la inmediata responsabilidad por el devenir de una persona, que hasta ese momento le era desconocida y con el que inicialmente al menos, no existe tiempo para crear un lazo afectivo. Del otro sabe que si algo va mal durante la operación, puede tener consecuencias graves para esa persona, también para sí mismo, por lo que estará bajo los focos mediáticos. Paralelamente la creciente introducción del Derecho actual en el ejercicio de la Medicina, puede acompañar a esa relación, pudiendo eventualmente invitar a una Medicina defensiva.

Mientras persisten quejas y reclamaciones ajustadas a Derecho ante la Administración, aumentan los agradecimientos de la población a médicos y cirujanos. Pero cada vez hay mayor masificación e incremento de listas de espera, en las que puede parecer que el médico es el responsable como administrador público y ello ante un paciente cada vez más informado y exigente. No es justo a la hora de evaluar actuaciones, que se confundan actos atribuibles al Ente gestor de la Institución de un Sistema Sanitario, con actos médicos como ocurre a menudo.

Claro que hay que controlar el gasto, las demoras, los desajustes y los actos inadecuados, pero para ello hay que investigar cuáles son las causas y preguntarse después si ésta, la actual Arquitectura organizativa de la Atención Sanitaria en Europa constituye –causalmente– el estroma más adecuado. La cuestión es si en este último corto medio siglo, algo no se ha construido bien, porque algunas de las variables que intervienen no hayan sido bien consideradas. Aún están por venir nuevas oleadas de avances médicos, técnicos y científicos, por lo que persistirá la obligación ética de reflexionar políticamente sobre la ineludible necesidad de encontrar para el mundo venidero, un nuevo y más adecuado escenario de la atención a la salud y la enfermedad de la Humanidad. Intuimos que ese necesario escenario no se encontrará ahora, ni hoy, porque parafraseando a Einstein: “Los problemas del mundo no pueden ser resueltos por las cabezas de las personas que los crearon”.

Nuestro José María López Piñero en 1982, joven, dejaba escrito “La Medicina es su Historia, la Historia de un largo, emocionante y fascinante movimiento humano, no terminado y además interminable, que enfrenta al Hombre con su último destino. Por todo lo dicho ante un mundo estresado, que está entrando en un cambio de Era, es necesario transmitir ese mandato ético médico preservado durante milenios, en el que ante el progreso, el médico siempre ha de estar para mantener la dignidad del ciudadano enfermo, procurarle alivio y prestarle sus conocimientos y apoyos.

Reconforta saber, que existe constancia de que a pesar de los temores e incertidumbres que nos acompañan a todos, en Europa y por tanto igualmente en España, los médicos pertenecen a unos de los más respetados grupos profesionales de la Sociedad. Recientemente el Foro de la Profesión Médica (FPME) ha iniciado el procedimiento formal de solicitud, para que la relación médico-paciente sea reconocida como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad a salvaguardar por la Unesco. Es de esperar que se consigan los apoyos adecuados para que ese objetivo se vea pronto cumplido.

Conociendo al Dr. Cristóbal Zaragoza Fernández y sabiendo el largo camino de donde viene, no nos sorprende el tema ambivalente que hoy nos ha ofrecido, invitándonos a todos a hacer una parada y pensar. Nos felicitamos por poder acogerle como nuevo miembro de ésta longeva, vital y activa Real Academia, porque viene a enriquecernos con su Bonhomía y su saber hacer y porque nos consta que él es sabedor, de que quien más sube y más tareas asume, no es más libre, sino más responsable.

Gracias.

## **Bibliografía**

ARRUBARRENA VM. La relación médico-paciente. *Cirujano General*. 2011; 33 (Supl 2) 122-5.

BEGER H.G., Die chirurgische Schule zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Deutsche Ges. Chirurgie Mitteilungen*. 104-108.

EVAN C. Contexto social de la educación médica. En : Cox, Kr.,Evan CE, Eds. *La docencia en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1990; 10-16.

HEBERER G. Chirurgie in Spannungsfeld des technischen Fortschritts und des ärztlichen Auftrages. *Deutsche Ges. Chirurgie Mitteilungen*. 1988; 4: 122-125.

HERNÁNDEZ-TORRES I, FERNÁNDEZ-ORTEGA MA, IRIGOYEN-CORIA A, HERNÁNDEZ MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en Medicina familiar. *Arch Med Familiar*. 2006; 8 (2) 137-43.

LEÓN FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*. 2006; 2 (3) 257-60.

LÓPEZ PIÑERO JM. La sociedad suicida. En: Gabinete Estudio Soc. B. Krief, eds. *Estudio sociobiográfico de la Medicina. Pasado, presente y futuro*. Madrid, Gráficas Nilo, 1982; 358-356.

MAIO G. VON DER. “Chirurgischen Schule” zur evidenzbasierten Chirurgie. 1- 2013; 20-27.

MEDRANO J. *La formación médica pregraduada en el proceso de la Unión Europea*. Discurso de recepción como Académico Electo. RAMCV Mayo 1994.

MORALES MÉNDEZ S. *El cirujano del siglo XXI*. Discurso Inaugural del Curso Académico. Real Academia de Medicina de Sevilla. 26 enero de 2006.

NARBONA B. *Defensa de la responsabilidad personal. Responsabilidad personal en Medicina*. Discurso de recepción como Académico Electo. RAMCV 27 febrero de 1970 (1-17).

SCHIPPERGES H. *Entwicklung moderner Medizin. Probleme, Prognosen, Tendenzen*. Stuttgart, Genter Verlag, 1971:266.

ZARAGOZA C, VILLALBA S, TRULLENQUE R, COMPANY R. Cirugía mínimamente invasiva: 100 pacientes intervenidos consecutivamente en cinco meses. En: *Cirugía Mayor Ambulatoria*. Barcelona: Forum Sintex, 1995. p. 89-92.

ZARAGOZA C. Ansiedad y preocupaciones prequirúrgicas en el paciente y sus cuidadores en CMA. *Cir. May. Amb.* 2003; 8 (2) 106-8.

ZARAGOZA C. *La CMA: Una evolución de la asistencia quirúrgica en el s. XX*. Ed. Diputación Valencia. 2003.