



**75è ANIVERSARI DE LA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

HISTÒRIA I PERSPECTIVES DE FUTUR

ÍNDEX

75è ANIVERSARI DE LA	1
<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
HISTÒRIA I PERSPECTIVES DE FUTUR	1
ÍNDEX	3
ACTES DE CELEBRACIÓ DEL 75È ANIVERSARI	5
COMITÈ D'HONOR.....	7
COMITÈ ORGANITZADOR.....	9
JUNTA DE GOVERN	11
PRESIDENTS ANTERIORS.....	12
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	13
CENTRES COL-LABORADORS	14
PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT	15
PROGRAMA	17
IMPACTE DE LES NOVES TECNOLOGIES EN LA CIRURGIA DEL SEGLE XXI	19
SESSIÓ INAUGURAL	25
LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA EN EL MARC DE LA CIRURGIA CATALANA	27
LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA: UNA HISTÒRIA PROJECTADA CAP EL FUTUR	29
HISTÒRIA DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA.....	33
LA CIRURGIA A CATALUNYA.....	37
ELS SERVEIS DE CIRURGIA ACTUALS.....	39
L'ESTIMACIÓ EN L'EXERCICI DE LA CIRURGIA	43
THE SPIRIT OF ENDURANCE	47
SALUDO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS	49
FROM ANT HEAD TO DA VINCI ROBOT	53

LA FUNCIO SOCIAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA.....	57
FORMACIO CONTINUADA: UNA EINA PER A LA PLENITUD I EL LIDERATGE PROFESSIONALS	59
REFLEXIONS SOBRE ALGUNES REALITATS I PERSPECTIVES DE LA CIRURGIA I DELS CIRURGIANS DEL SEGLE XXI	65
LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA: UN CAMI OBERT, PLE D'ESPERANCES	77



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ACTES DE CELEBRACIÓ DEL 75È ANIVERSARI

11 d'octubre de 2002



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ACTES DE CELEBRACIÓ DEL 75È ANIVERSARI

COMITÈ D'HONOR

Molt Honorable Jordi Pujol i Soley
President de la Generalitat de Catalunya

Excm. Joan Clos i Matheu
Alcalde de Barcelona

Honorable Xavier Rius i Pey
Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya

Excm. Joan Tugores i Ques
Rector de la Universitat de Barcelona

Excm. Lluís Ferrer i Caubet
Rector de la Universitat Autònoma de Barcelona

Excma. Maria Teresa Estrach i Panella
Degana de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona

Excm. Àlvar Net i Castel
Degà de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona

Ilm. Miquel Bruguera i Cortada
President del Col·legi de Metges de Barcelona

Ilm. Josep Antoni Bombí i Latorre
President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears

Ilm. Josep Laporte i Rosselló
President de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona

Ilm. Joan Prat i Corominas
Degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida

Ilm. Roderic Miralles i Marrero
Degà de la Facultat de Medicina de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
ACTES DE CELEBRACIÓ DEL 75È ANIVERSARI

COMITÈ ORGANITZADOR

President

Laureà Fernández-Cruz i Pérez

Vice-president:

Joan Figueras i Felip

Secretari:

Jaume Fernández-Llamazares i Rodríguez

Tresorer:

Antoni Sitges Serra

Coordinació General

Joan Sala Pedrós

Coordinació Científica

Carles Margarit i Creixell

Telemàtica

Albert Sueiras i Gil

Projecció Exterior

Antoni Gil i Goñi

Integració Territorial

Lluís Masferrer i Sala

Vocals

Joan Bonfill Rodríguez
Ferran Caballero Mestres
Josep Maria Campos i Tarrech
Adolf Criado Gabarró
Daniel Del Castillo Desjardin
Josep Domingo Fontanet
Fernando Doncel Jaen
Josep Xavier Foncillas Corvinos
Josep Font i Renom
Rosa Fradera i Sunyer
Àngel Garcia i San Pedro
Josep Maria Greoles Solé
Sergi González i Martínez
Francisco Hernández Gómez
Francesc Manuel Nogueras
Gabriel Marquès i Villacampa
Manuel Martínez Brey
José Maria Moreno Amézcuca
Luís Pérez i Ruiz
Felip Pi Siqués
Jordi Pié Garcia
Josep Maria Pueyo Zurdo
Florenci Salvans Mestres
Constantí Serra Genís
Enrique Sierra Gil
Josep Simó Deu
Joan Torralba Llopís
Joan Urgellés Bosch
Josep Visa Miracle
Carles Zapata Salame



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Laureà Fernández-Cruz

Vice-president:

Constancio Marco i Molina

Secretari:

Joan Sala Pedrós

Tresorer:

Antoni Sitges Serra

Vice-secretari

Josep Maria Badia i Pérez

Vocal primer

Carles Margarit i Creixell

Vocal segon

Lluís Masferrer i Sala



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas 1927-29
Manuel Corachan i Garcia 1930-31
Joan Puig i Sureda 1932-33
Joaquim Trias i Pujol 1934-35
Joan Bartrina i Tomàs 1935-36
Joan Puig i Sureda 1941-51
Joaquim Trias i Pujol 1951-53
Pere Piulachs i Oliva 1956-61
Josep Soler i Roig 1961-65
Jaume Pi i Figueres 1965-69
Vicens Artigas i Riera 1969-71
Ramon Arandes i Adan 1971-73
Joan Agustí i Peypoch 1973-75
Víctor Salleras i Llinares 1975-77
Antoni Sitges i Creus 1977-81
Jordi Puig i La Calle 1981-85
Cristóbal Pera Blanco Morales 1985-89
Josep Curto i Cardús 1989-91
Joan López Gibert 1991-93
Jordi Olsina i Pavia 1993-97
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa 1997-01



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Víctor Salleras i Llinares
Jordi Puig La Calle
Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Jordi Olsina i Pavia
Emili Sala i Patau
Àngel Díaz i Gascón
Ramon Balius i Juli
Enric Vendrell i Torné
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
Eduard Basilio i Bonet
Ramon Martí i Pujol
José Manuel Sánchez Ortega
Vicens Artigas i Raventós
Xavier Rius i Cornadó
Jordi Pié i Garcia
Josep Verge i Schulte-Eversum
Joan Figueras i Felip
Jaume Fernández-Llamazares i Rodríguez



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA



CENTRES COL-LABORADORS

Centre Hospitalari de Manresa
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge
Clínica del Remei de Barcelona
Consorci Sanitari de Mataró
Corporació Sanitària Parc Taulí
Espitau d'era Val d'Aran de Vielha
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca
Hospital Comarcal de la Selva de Blanes
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de Granollers
Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat
Hospital de la Creu Roja de Barcelona
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Hospital de Martorell
Hospital de Mora d'Ebre
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sant Bernabè de Berga
Hospital de Sant Boi del Llobregat
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Jaume d'Olot
Hospital de Sant Jaume de Calella
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona
Hospital de Sant Rafael de Barcelona
Hospital de Santa Maria de Lleida
Hospital de Terrassa
Hospital de Viladecans
Hospital del Mar de Barcelona
Hospital del Pallars de Tremp
Hospital del Sagrat Cor de Barcelona
Hospital General d'Igualada
Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
Hospital General de Manresa
Hospital General de Mollet
Hospital General de Vic
Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona
Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Provincial de Santa Caterina (Girona)
Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida
Hospital Residència Sant Camil (Sant Pere de Ribes)
Hospital Universitari Amai de Vilanova (Lleida)
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona
Institut Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Valls
Policlínica del Vallès de Granollers
Sant Hospital de la Seu d'Urgell



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	A. Cortés Lladó	P. R. Allisson (Anglaterra)
1964	A. Garcia Barón	Pablo Luís Mirizzi (Argentina)
1965	J. Gil Vernet ?	Paul Eugene Santy (França)
1966	Hermenegild Arruga i Liró	E.S. Crawford (Suècia)
1967	Antoni Trias i Pujol	Pietro Valdoni (Itàlia)
1968	M. Bastos Ansart	Claude D'Allaines (França)
1969	Josep Trueta i Raspall	M. E. De Bakey (Estats Units)
1970	C. Pera Jiménez	J. Cid Dos Santos (Portugal)
1971	P. González Duarte	R. Nissen (Suïssa)
1972	Pere Piulachs i Oliva	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
1973	Jaume Pi Figueras	Jean Louis Lortat-Jacob (França)
1974	Josep Soler Roig	W. Thompson (Anglaterra)
1975	J. Salarich Torrens	Paride Stefanini (Itàlia)
1976	Ferran Martorell i Otzet	M. Roux (França)
1977	Antoni Puigverd i Gorro	J. C. Goligher (Anglaterra)
1978	Antoni Llauredó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	J. Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisés Broggi i Vallès	Rodney Smith (Anglaterra)
1981	Josep Masferrer i Oliveras	Robert M. Zollinger (Estats Units)
1982	Joan Agustí Peypoch	K. C. Mc Keown (Anglaterra)
1983	Gerard Manresa i Formosa	K. Nakayama (Japó)
1984	Josep Maria Gil Vernet	M. Mercadier (França)
1985	Carlos Carbonell Antolí	P. Sandblom (Suïssa)
1986	Sebastián García Díaz	Adrian Marston (Anglaterra)
1987	José Luís Puente Domínguez	L. M. Nyhus (Estats Units)
1988	Antoni Caralps Massó	Frederic Saegesser (Suïssa)
1989	Antoni Sitges Creus	D. B. Skinner (Estats Units)
1990	Victor Salleras i Linares	U. Veronesi (Itàlia)
1991	Benjamin Narbona Arnau	F. Fékété (França)
1992	Emili Sala Patau	V. Praderi (Uruguai)
1993	Lino Torre Eleizegui	L. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Àngel Díaz Cascón	Patrick Forrest (Anglaterra)
1997	Jordi Puig Lacalle	J. Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	H. Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luís Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Anglaterra)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)



CELEBRACIÓ DEL 75è ANIVERSARI DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PROGRAMA

Inauguració del curs al Paranimf de la Universitat de Barcelona, Gran Via de les Corts Catalanes, 585, 08007 Barcelona, a les 19'30 hores del dia 11 d'octubre, coincidint amb els actes de celebració del 75è aniversari de la Societat Catalana de Cirurgia. En el mateix acte, lliurament del *Premi Virgili 2002* al Dr. Isidre Claret i Corominas i *del Premi Gimbernat 2002*, al Dr. Bernard Launois. Anunci públic i lliurament dels premis: *XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie Barcelona 1973*, *Manuel Corachán*; i *Carmen Benasco* d'enguany.

Com és habitual, l'admissió de nous membres de la Societat es fa efectiva amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles a les persones acceptades. La cerimònia té caràcter vinculant, sent imprescindible la presència dels corresponents membres associats i numeraris perquè la incorporació a la SCC sigui plenament vàlida.

El mateix dia, a les 21'30 hores, sopar anual de germanor de la SCC, al Gran Hotel Calderón, Rambla de Catalunya, 26, 08007 Barcelona. Per a més informació: Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Passeig de la Bonanova, 51, 08017 Barcelona, directament per telèfon al 93 212 38 95 o través d'Internet, a la Web: <http://www.acmcb.es> *Societats, Cirurgia* o bé directament a la web de la Societat Catalana de Cirurgia: : <http://www.sccirurgia.org>

Barcelona, 16 de setembre de 2002.

L. Fernández-Cruz
President

J. Fernández-Llamazares
Secretari



IMPACTE DE LES NOVES TECNOLOGIES EN LA CIRURGIA DEL SEGLE XXI

Dia 11 d'octubre de 2002

Paranimf de la Universitat de Barcelona (Central: Plaça Universitat)

TAULA A:

Moderadors: JM. Sánchez-Ortega, M. Sans

Cirurgia esofàgica

09:00h. **Estadificació i extensió de la resecció en el càncer esòfag.**
J. Fernández-Llamazares

09:15h. **L'abordatge laparoscòpic com a tècnica d'elecció en la cirurgia del reflux gastroesofàgic.**
F. Vallribera

09:30h. **Cirurgia mínimament invasiva en el tractament de l'hèrnia paraesofàgica**
E. Targarona

TAULA B:

Moderadors: J. Caballé, L. Grande

Cirurgia gàstrica

- 09:45h. **Extensió de la limfadenectomia en la cirurgia del càncer gàstric.**
J. Verge
- 10:00h. **Tractament complementari del càncer gàstric.**
F. Sala Cascante

TAULA C:

Moderadors: E. Jaurrieta, V. Artigas

Cirurgia hepàtica

- 10:15h. **Ultrasonografia laparoscòpica en cirurgia hepatobiliar.**
E. Cugat
- 10:30h. **Estratègies diagnòstiques intraoperatòries en la resecció hepàtica.**
J. Fuster
- 10:45h. **Selecció de noves tecnologies en l'hemostàsia durant la resecció hepàtica.**
J. Figueras
- 11:00h. Descans

TAULA D:

Moderadors: JM. Montané, A. Navarro

Cirurgia rectal

- 11:15h. **Factors tècnics en la prevenció de recidives en la cirurgia del càncer de recte.**
J. Martí Ragué.
- 11:30h. **Tècniques de reconstrucció del neorecte.**
A. Codina
- 11:45h. **Límits de la preservació esfinteriana.**
C. Marco

TAULA E:

Moderadors: J. Domingo, X. Guirao

Infecció quirúrgica i Nutrició

- 12:00h. **Antibioteràpia de curta durada en la infecció intraabdominal.**
JM. Badia
- 12:15h. **Rellevància dels patògens emergents.**
JJ. Sancho
- 12:30h. **Alimentació parenteral o enteral.**
G. Franch

TAULA F:

Moderadors: RM Servent, D. Miró

Cirurgia de la paret abdominal

- 12:45h. **El tractament de l'hèrnia inguinal: Un cas per a la cirurgia basada en l'evidència.**
J. Sala Pedrós
- 13:00h. **Cirurgia laparoscòpica en el tractament de l'hèrnia inguinal:**
J. Segura
- 13:15h. **Noves tècniques en el tancament de la laparotomia.**
E. Caubet

TAULA G:

Moderadors: X. Rius, D. Del Castillo

Cirurgia metabòlica

- 13:30h. **La selecció de la tècnica quirúrgica en el tractament de l'obesitat mòrbida.**
C. Masdevall
- 13:45h. **La derivació gàstrica per abordatge laparoscòpic.**
A. Lacy
- 14:00h. Descans - Dinar

TAULA H:

Moderadors: P. Puig, J. Simó Deu

Cirurgia mamària

15:30h. **El cribratge en l'estratègia terapèutica del càncer de mama.**
JM.Gubern

Cirurgia Endocrina

15:45h. **Noves tècniques d'imatge en la cirurgia paratiroidal.**
A.Sitges-Serra

TAULA I:

Moderadors: JC. Garcia-Valdecasas, X. Sunyol

Cirurgia tegumentària

16:00h. **Importància del gangli sentinella en el tractament del melanoma maligne.**
A. Alastrue

Trasplantaments i immunitat

16:15h. **L'impacte dels nous fàrmacs immunosupressors en el trasplantament d'òrgans sòlids.**
C. Margarit

TAULA J:

Moderadors: M. Trias, E. Fernández-Sallent

Cirurgia biliopancreàtica

16:30h. **Estratègies terapèutiques en la coledocolitiasi.**
A. Sáenz

16:45h. **Utilitat de la laparoscòpia en cirurgia del pàncreas.**
L. Fernández-Cruz

TAULA K:

Moderadors: A. Gil, J. Aixàs

Perspectives de futur en cirurgia

17:00h. **La cirurgia robòtica i la seva implantació.**
E. Laporte

TAULA L:

Moderadors: M. Armengol, J. Viñas,

El compromís ètic i social del cirurgià

17:00h. **Perspectives bioètiques en cirurgia**
MA. Broggi

CONFERÈNCIA MAGISTRAL:

17:30h. **El cirurgià general i la cirurgia del segle XXI.**
JJ. Jeekel

18:00h. Descans



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 11 d'octubre de 2002

Paranimf de la Universitat de Barcelona (Central: Plaça Universitat)

- 19:00h. **Presentació**
L. Fernández-Cruz
- 19:10h. **Els antecedents, constitució i desenvolupament històric de la SCC.**
R. Balius, R. Martí Pujol
- 19:30h. **Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Lliurament dels altres Premis
J. Fernández-Llamazares
- 19:45h. **Lliurament del Premi Virgili al Dr. Isidre Claret i Corominas**
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. Bernard Launois
L. Fernández-Cruz
- 20:30h. **Salutació del President de la "Asociación Española de Cirujanos"**
M. Moreno Azcoitia
- 20:45h. **Cloenda de l'acte: Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya**
Honorable Eduard Rius i Pey

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Dia 11 d'octubre de 2002

Hotel Calderón (Rambla Catalunya, 26, Barcelona)

21:00h. **Sopar de germanor**

Brindis d'Honor: Dr. Moisès Broggi i Vallès

**LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA EN EL MARC DE LA
CIRURGIA CATALANA**

**75È ANIVERSARI DE LA SOCIETAT CATALANA DE
CIRURGIA**

Barcelona, 11 d'octubre de 2002

LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA: UNA HISTÒRIA PROJECTADA CAP EL FUTUR

J. Sala Pedrós, L. Fernández-Cruz

Introducció

La cirurgia ha tingut a Catalunya una llarga història i una noble tradició. Des de l'edat mitjana i el renaixement, les associacions de cirurgians entronquen amb els antics gremis i confraries, tan característics de la societat burgesa i artesana del país. Queden reflectits en obres com la d'Anton de Borja que, després d'adquirir una bona formació pràctica en la guerra de Successió, completa la seva experiència com a cirurgià civil a Rubí i aprèn els coneixements que, després del Decret de Nova Planta, de manera gairebé clandestina, en català, llegirà als seus fills. No serà però fins al segle XVIII on troba el seu esplendor l'associacionisme quirúrgic de caràcter científic, de manera especial, amb la creació del "Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona", sota els auspicis d'En Pere Virgili i molt especialment de N'Antoni de Gimbernat, durant el segle XVIII, les dues grans figures de la cirurgia catalana que iniciaran la cirurgia acadèmica moderna.

L'època contemporània de la cirurgia científica catalana, cal situar-la en "El Laboratorio", fundat el 15 de gener de 1872 per cinc estudiants de Medicina, dos dels quals, En Salvador Cardenal i En Josep Antoni Barraquer, tindrien una especial dedicació a la cirurgia, especialment el primer que hauria de ser l'introduïdor al nostre país de la pràctica quirúrgica moderna. Aquests estudiants, decebuts per les característiques de l'ensenyament rebut, rutinari i excessivament teòric, varen voler exercitar-se en les pràctiques de la matèria mèdica, d'acord amb l'impacte, en aquell moment, de la Medicina experimental de Claude Bernard que va estimular els treballs d'investigació i els estudis mèdics, dotant-los del rigor científic dels temps actuals.

La unió, el 5 d'abril de 1878, de "El Laboratorio" y la "Academia de Ciencias Médicas", fundada el 1877, per constituir la denominada "Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña", origen de l'actual Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (ACMCB), restava des d'un principi unida al nom d'il·lustres cirurgians que, molts d'ells, presidien la nova entitat, des de el propi Salvador Cardenal (1893-95), ja metge, fins a Alvar Esquerdo (1891-93), Josep Bartrina (1913-15) o Enric Ribas (1922-24). En aquells temps, la comunicació de qualsevol activitat quirúrgica es feia a través de les associacions mèdiques de caràcter general.

Serà el propi creixement de l'Acadèmia que porti a la creació de noves entitats científiques especialitzades apareixent, a l'any 1926, noves associacions més específiques com la Societat de Radiologia i Electrologia de Catalunya, la Societat Catalana de Pediatria o l'inici de la Societat Catalana de Cirurgia, que neix de manera totalment independent, estimulada pel propi Salvador Cardenal malgrat que la seva mort li va impedir de veure complert el seu desig. No serà fins alguns anys després que s'establirà un conveni de col·laboració amb l'ACMCB, sense renunciar a la seva personalitat pròpia, tal com encara es manté avui en dia. Molts cirurgians han vist en la Societat Catalana de Cirurgia la continuació del Reial Col·legi de Cirurgians, que per tradició i per continuïtat li correspondria, malgrat que fins ara no ha esta possible recuperar-ne el nom i, per tant, l'antiguitat i l'esplendor.

Aquest petit recull, que presentem en motiu de la celebració d'aquest 75è aniversari, consta de dues parts.

En la primera part hi hem volgut aportar tres petites instantànies que reflecteixen que és i com s'ha gestat la cirurgia catalana actual. El primer text és un resum de la història de la Societat Catalana de Cirurgia, recollida per dos dels seus prestigiosos secretaris, En Ramon Balius Juli i En Ramon Martí i Pujol, que figura com a resum històric de la web de la Societat. El segon text és un fragment d'un article sobre la història de la cirurgia catalana contemporània, publicat a la revista *Annals de Medicina*, recentment. El tercer text és un resum del document marc, elaborat per un grup de cirurgians, sobre la cirurgia als hospitals comarcals, presentat a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya i que va inaugurar un nou enfocament de la política sanitària en cirurgia i va marcar un punt d'inflexió, de majoria d'edat, del nou sistema hospitalari descentralitzat i més a prop del ciutadà, que sumat a la força i la tradició dels grans hospitals catalans, donen a la cirurgia catalana actual la seva magnitud de primer nivell de progrés i de qualitat.

En la segona part s'hi inclouen algunes de les aportacions que les diferents personalitats que participen en la celebració han volgut afegir a aquest petit llibret recordatori de l'efemèride. En primer lloc, la salutació dels guardonats amb el Premi Virgili, Dr. Isidre Claret i Corominas i amb el Premi Gimbernat, Dr. Bernard Launois. En segon lloc, les salutacions dels convidats especials: Dr. Mariano Moreno Azcoitia, actual President de la *Asociación Española de Cirujanos* i la del Dr. Hans Jeekel *Chairman of the Department of Surgery in the University of Rotterdam*. En tercer lloc, les aportacions dels membres de la Junta actual de la Societat Catalana de Cirurgia, Drs. Antoni Sitges Serra, Joan Sala Pedrós i Laureà Fernández-Cruz i Pérez.

En resum, volem aportar una visió, necessàriament fragmentària i parcial, que vol ser, però, un reflex de què és i què significa la Societat Catalana de Cirurgia en els nostres dies, d'on ve, cap on va i com la veuen els seus responsables, els seus membres en general i, fins i tot, aquells simpatitzants, nacionals o internacionals, que ens aporten la seva visió particular d'aquesta significativa data del 75è aniversari en les seves diferents facetes.

Joan Sala Pedrós, Laureà Fernández-Cruz

HISTÒRIA DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

R. Martí Pujol

Els antecedents

Si bé la cirurgia catalana té una llarga història i una noble tradició, l'associacionisme quirúrgic de caràcter científic entronca amb els antics gremis i confraries, tan característics de la societat burgesa i artesana del país, i, de manera especial, amb la creació del "Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona", sota els auspicis d'En Pere Virgili i molt especialment de N'Antoni de Gimbernat, durant el segle XVIII.

La creació

La història oficial de la Societat Catalana de Cirurgia comença a principis de l'any 1927. En una reunió al "Ateneo Barcelonés", els cirurgians Enric Ribas i Ribas, Joaquim Trias i Pujol i Joaquim Salarich i Torrents van proposar reunir, en una primera assemblea, a tots els cirurgians de Barcelona amb la finalitat de crear una associació específica per relacionar als cirurgians catalans. Els convocats van acordar la creació d'una comissió que estudiés les bases per a redactar un estatut que seria presentat a una segona assemblea. La segona assemblea va aprovar l'estatut definitiu el dia 5 d'abril de 1927. El primer nom proposat fou Societat Catalana de Cirurgia, però aleshores el Governador Civil, General Jaime Milans del Bosch, no el va acceptar i el va fer canviar i reduir a l'àmbit de la ciutat de Barcelona. Per aquest motiu el primer nom enregistrat fou el de Societat de Cirurgia de Barcelona. Tots els membres fundadors van passar a ser membres numeraris i es va escollir una Junta de Govern. El primer president va ser precisament N'Enric Ribas i Ribas (1927-1929) i el primer secretari En Joaquim Salarich i Torrents.

El dia 26 de setembre de 1927 es va celebrar la sessió inaugural de la Societat de Cirurgia de Barcelona en la qual, després del discurs del president, el Dr. Rodolf Matas, cèlebre cirurgià vascular nord-americà, fill de pares catalans, pronuncià la lliçó magistral "Observacions preliminars que regeixen el tractament quirúrgic dels aneurismes". Se'l va nomenar soci de mèrit, inaugurant una tradició que encara mantenim. El segon president va ser en Manuel Corachan i Garcia (1930-1931) i el va seguir en Joan Puig i Sureda (1932-1933). Durant els seus mandats les comunicacions van disminuir degut a la formació d'altres societats especialitzades.

La fi de la Dictadura de Primo de Rivera i més tard la instauració de la República van tenir repercussions visibles en la Societat. El butlletí, que inicialment era en castellà, passà, a instància d'en Pere Gabarró i Garcia (que després seria secretari de la Societat), a publicar-se en català el mes de maig de 1931. També es va acordar, en assemblea, que el català fos l'únic idioma de la Societat. El 7 de febrer de 1933 el president Joan Puig i Sureda, va convocar una assemblea extraordinària a fi de proposar el canvi de nom de la Societat de Cirurgia de Barcelona pel de Societat de Cirurgia de Catalunya. La proposta fou acceptada per aclamació.

El desenvolupament

L'expansió de la Societat era palesa per la gran quantitat de treballs científics que es presentaven i per les conferències que es feien amb la intervenció de primeres figures quirúrgiques d'arreu del món. L'any 1934 es va celebrar un homenatge a Antoni Gimbernat, en el segon centenari del seu naixement, amb assistència de cirurgians dels països catalans i sota la presidència de Joaquim Trias i Pujol (1934-1935). Un any després, el 1935, es va decidir en assemblea que els hospitals acollirien per torn les sessions científiques. El mes d'abril d'aquell any, durant la presidència de Joan Bartrina i Tomàs (1935-36), la Societat es va adherir a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, però mantenint la seva independència estatutària, econòmica i directriu. El 2 de juny de 1936 va tenir lloc l'última sessió científica de la Societat perquè la Guerra Civil espanyola va esclatar el mes següent. Durant el parèntesi de la guerra, els documents de la Societat van quedar dipositats a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques.

L'any 1941 es va crear la "Asociación de Cirugía de la Academia de Ciencias Médicas" en el si de l'Acadèmia i es va nomenar president novament a En Joan Puig i Sureda (1941-1951) que fou seguit per En Joaquim Trias i Pujol (1951-1953). L'any 1953 la presidència va passar a En Pere Piulachs i Oliva (1953-1961) qui, junt amb el secretari, N'Antoni Sitges i Creus, van promoure l'antiga Societat, sense perdre el lligam amb l'Acadèmia. El Govern Civil va aprovar la continuació amb el nom de "Asociación de Cirugía de Barcelona" que va ser acceptat per imperatius polítics. La sessió inaugural es va celebrar el 24 de novembre de 1956. A l'any següent va aparèixer la publicació "Barcelona Quirúrgica", que va ser el seu òrgan però sense ser-ne propietària. Durant la presidència d'En Pere Piulachs, l'any 1958, es va arribar al nombre de cent socis. L'any 1960 es van celebrar unes jornades en commemoració del segon centenari de la fundació del "Real Colegio de Cirugía de Barcelona", en les quals el professor Pedro Lain Entralgo va pronunciar-hi una conferència sobre Pere Virgili i Antoni Gimbernat.

Durant el mandat del president següent, Josep Soler i Roig (1961-1965), la "Asociación" es va expansionar molt. Es van crear els premis Virgili (nacional i estranger), l'obertura del curs acadèmic es va començar a fer a l'amfiteatre Gimbernat de la "Real Academia de Cirugía de Barcelona" i els sopars anuals que la segueixen a l'antic Hospital de la Santa Creu. En aquella època es va intentar que l'Associació passés a dir-se "Real Colegio de Cirujanos de Barcelona", sense èxit per la oposició del "Ministerio de la Gobernación".

El va succeir en Jaume Pi i Figueras (1965-1969), que va donar el nom de Gimbernat al premi Virgili estranger i decidí que cada soci tingués una medalla creada per l'escultor Subirachs. Es van posar en marxa també les sessions conjuntes amb les societats de Montpeller i Lió.

El va seguir en Vicenç Artigas i Riera (1969-1971), el qual va modificar els estatuts per tal de reduir a dos els anys de la presidència i de la secretaria. Va crear el premi Salvador Cardenal per als cirurgians joves. Atesa la poca assistència a les sessions dels hospitals, en horari de feina, es va decidir de fer-les a l'Acadèmia en hores de vespre/nit.

Sota la presidència de Ramon Arandes i Adan (1971-1973) es va canviar novament el nom de la "Asociación" que va passar a dir-se "Sociedad Catalana de Cirugía". Tant aquest president com el següent, en Joan Agustí i Peypoch (1973-1975) van organitzar diverses reunions conjuntes amb metges francesos, aragonesos, valencians i anglesos, a part de les sessions mensuals reglamentàries. També es va col·laborar en l'organització del XXV Congrés de la "Société Internationale de Chirurgie", Barcelona 1973, que va deixar com a seqüela un premi que s'atorgaria al millor treball presentat cada any, fins que fos possible, des del punt de vista econòmic.

En temps del president Víctor Salleras i Llinares (1975-1977), la duració dels càrrecs de president i secretari van passar de nou a una durada de quatre anys. També va tenir lloc a Vilallonga del Camp la celebració del segon centenari de la mort de Pere Virgili, inaugurant-se un monòlit commemoratiu i una exposició/homenatge.

La consolidació

Entre els propòsits del president Antoni Sitges i Creus (1977-1981) hi havia el d'aconseguir una bona revista de la Societat. Finalment, es va cancel·lar la col·laboració amb "Barcelona Quirúrgica" i es va editar la denominada "Acta Chirúrgica Cataloniae", amb gran diferència de contingut científic. També es va proposar al Govern Civil la catalanització del nom de la Societat. La petició va coincidir amb el traspàs de la regulació de societats i associacions a la Generalitat de Catalunya i, sense cap entrebanc, es passà al nom actual de Societat Catalana de Cirurgia, nom original amb el què volíem començar l'any 1927. Són a destacar la celebració, durant aquells quatre anys, de les reunions científiques que, amb el nom de Mostra Catalana de Cirurgia (de la I a la IV i amb la col·laboració de les Societats Catalanes de Traumatologia i de Cirurgia Vasculat), van suposar un exitós intent de trobada conjunta de la cirurgia catalana i en català que malauradament no van tenir continuïtat.

L'any 1985 s'encunyà una medalla d'argent pels actes acadèmics de rellevància que el president lluiria i traspassaria al president següent en cada sessió inaugural de curs en què pertoqués de fer-ho.

Des de la dècada dels vuitanta, la Societat ha agafat una gran empenta que ha coincidit amb l'augment de metges i de cirurgians al nostre país. Ha augmentat el nombre de socis i ha ampliat la quantitat d'hospitals que poden prendre part en les sessions científiques. En efecte, des de l'adveniment de la democràcia i en especial durant la dècada dels vuitanta, el desenvolupament geogràfic de la sanitat pública va portar a l'eclosió dels denominats Hospitals Comarcals que es van anar desenvolupant arreu de Catalunya, creant nous serveis quirúrgics o potenciant els antics existents. A l'any 1984, a Vic, van tenir lloc les primeres Jornades de Cirurgia dels Hospitals Comarcals, que des de llavors van anar celebrant-se, any rera any, amb el beneplàcit de la Societat Catalana de Cirurgia però sense que s'hi arribés a implicar formalment. Una comissió d'organitzadors vetllava per la seva continuïtat, cada any sota la responsabilitat d'un hospital diferent, que va permetre, a l'any 2000, la seva 15^a edició.

Paral·lelament, els Caps de Servei de Cirurgia dels Hospitals Comarcals varen començar a reunir-se per compartir problemes comuns i cercar solucions compartides. El col·lectiu, que va passar a denominar-se Reunió dels Hospitals de Catalunya, es troba amb una periodicitat aproximada de cada tres mesos i, poc a poc, ha anat captant l'atenció de la Societat Catalana de Cirurgia que ha anat integrant, de manera progressiva, les seves inquietuds i els seus postulats.

Aquest període d'auge ha coincidit amb l'acció dels presidents: Jordi Puig i Lacalle (1981-1985), Cristóbal Pera i Blanco-Morales (1985-1989) i Josep Antoni Curto i Cardús (1989-1991) aquest darrer malgrat la desgràcia d'haver mort durant la seva presidència.

Fruit de la progressiva col·laboració amb les Jornades de Cirurgia dels Hospitals Comarcals i amb el precedent de les Mostres de Cirurgia, es dugué a terme, amb èxit d'organització, assistència i nivell científic, el Primer Congrés Català de Cirurgia a Vic l'any 1993 sota la presidència d'En Joan López Gibert (1991-1993), que, intercalat amb la continuïtat de les Jornades, va ser seguit del Segon Congrés Català de Cirurgia a Reus l'any 1997, sent president En Jordi Olsina i Pavia (1993-1997), i del Tercer a la ciutat de Girona l'any 2001 en l'època d'En Joan Sánchez-Lloret i Tortosa (1997-2001) que durant la seva presidència, va modificar l'estructura de les sessions i va promoure la creació de Grups de Treball per a tractar en profunditat aspectes concrets de la Cirurgia General, a més d'estructurar la primera pàgina web de la nostra Societat dintre de la xarxa d'Internet de l' Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.

L'actual President és En Laureà Fernández-Cruz (2001-) que, amb un nou programa d'actuació, es proposa celebrar el 75è aniversari de la fundació de la Societat Catalana de Cirurgia, per enfortir i fer paleses les seves arrels però també com a fita cap a un nou període, amb nous reptes i amb nous plantejaments, donant satisfacció a les necessitats d'ampliació de coneixements, de prestigi i de desenvolupament professional dels cirurgians catalans del segle XXI.^{1 2}

Ramon Martí i Pujol

BIBLIOGRAFIA

¹ Martí Pujol R. Història de la Societat Catalana de Cirurgia. Qui som?. Web de la Societat Catalana de Cirurgia. <http://www.sccirurgia.org/quisom/index.htm>

² Badius Juli R, Martí i Pujol R. L'Acadèmia de Ciències Mèdiques i la Societat Catalana de Cirurgia, dues entitats germanes. Tribuna Medica. Número extraordinari. Madrid: 20-5-1976. 34-8.

LA CIRURGIA A CATALUNYA

J. Sala Pedrós, J. Simó Deu

Afortunadament, en el nostre país hi han hagut sempre cirurgians que han estat a primera línia dels avenços aconseguits a nivell mundial. La proximitat en el temps i l'espai fa difícil fer una ressenya dels personatges importants de la cirurgia catalana, citar-los tots seria motiu d'una obra específica molt més extensa i tot i així podrien haver-hi oblidats que es poguessin interpretar malament. No podem deixar de posar alguns exemples, almenys els més emblemàtics, de les primeres tres quartes parts del segle XX.

Un d'ells és el de Salvador Cardenal i Fernández (1852 – 1928), un dels fundadors del Laboratori i de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, que va aconseguir que el servei de cirurgia de l'Hospital del Sagrat Cor fos conegut com la Meca de la cirurgia catalana. Va ser l'introduïdor en el nostre àmbit de la cirurgia gàstrica i tiroïdal que havia après amb En Billroth i amb En Kocher; aquest darrer fins i tot l'havia visitat a Barcelona i col·laborat en una intervenció conjunta. Introduïdor i defensor de les idees de Lister, va establir les normes de la cirurgia antisèptica que va fer possible un considerable avenç de la pràctica quirúrgica. Alvar Esquerdo i Esquerdo (1853-1921), va ser un dels seus col·laboradors més destacats. Raventós, Puig Sureda, Ribas o Corachan entre altres, van passar pel servei del Sagrat Cor.

Dos grans models bàsics diferents es van anar desenvolupant amb tarannà i àrea d'influència pròpies. Un d'ells el de la Facultat de Medicina de l'Hospital Clínic, on el pes de la Universitat clàssica, amb la seva grandesa però també amb les seves servituds, marca una forma de fer que canviarà rotundament entre un abans i un després de la guerra civil. Del primer període cal esmentar a En Josep Maria Bartrina i Thomas (1877 – 1950), destacat bàsicament en el camp de la urologia però també en la cirurgia gàstrica i digestiva i, en general, en tota la patologia quirúrgica. Ramon Torres i Casanovas (1877 – 1922), amb una gran capacitat docent, va introduir les toracoplasties i la cirurgia de la tuberculosi. Joaquim Trias i Pujol (1887 – 1964), arribat a la Facultat el 1919 va mostrar un gran interès per la recerca anatòmica i fisiopatològica en cirurgia. El seu germà Antoni Trias i Pujol (1891 - 1970) que arriba a la càtedra de patologia quirúrgica a l'any 1927, organitzà amb Pi i Sunyer la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Catalunya que desenvoluparia una línia amb un tarannà universitari diferent. Després de la guerra, l'exili i les noves normes donarien pas a una etapa difícil en la qual els germans Trias i Pujol o fins i tot deixebles seus es veurien apartats del món universitari de l'època. En la nova situació destacarien figures com la de Pere Piulachs i Oliva (1908 – 1976), autor de diverses obres de cirurgia de gran influència en la formació dels cirurgians de l'època.

L'altre model serà el de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau que, sense la càrrega de la Universitat controlada des de Madrid, tindrà un tarannà més entroncat amb la manera de pensar del país. Entre els seus cirurgians cal esmentar a Antoni Raventós i Avinyó (1869 – 1919), que destacà per la seva acurada tècnica; va preconitzar les incisions àmplies i la supressió dels drenatges en les afeccions asèptiques. Enric Ribas i Ribas (1870 – 1935), va ser un dels propulsors de la cirurgia de les vies biliars, destacant que, malgrat que la tècnica és important, la base de la cirurgia està en el coneixement de la malaltia, la constitució del malalt i l'acurat control i tractament postoperatori; va ser un dels promotors i primer president de la Societat Catalana de Cirurgia, fundada a l'any 1927. Manuel Corachan i Garcia (1881- 1942), destacà en cirurgia gastrointestinal i en l'enfocament de l'abdomen agut, a més del diccionari, enciclopèdic, de medicina, va destacar amb diversos llibres i articles de cirurgia gàstrica i de clínica i terapèutica d'urgències. Josep Trueta i Raspall (1897 – 1977), el succeirà durant els anys de la guerra, abans d'anar cap a l'exili. Joan Puig-Sureda i Sais (1880 – 1978), va continuar durant la postguerra al labor iniciada amb la Universitat Autònoma. Jaume Pi i Figueras (1900 - 1991), que publicà una gran obra de pràctica quirúrgica.

Nous hospitals, nascuts del desenvolupament de la Seguretat Social, a la Vall d'Hebron, a Bellvitge, a Badalona, amb tota la xarxa d'hospitals comarcals recuperada i renovada amb la democràcia, crearan nous models, nous cirurgians, alguns desapareguts precoçment, la majoria actius i dinàmics, de reconegut prestigi, amb una llista que seria inacabable i que probablement mereixeria una revisió específica, però que en conjunt fan que el nivell de la cirurgia catalana es pugui considerar tan avançat com els que més en el món, fins i tot en el camp de l'accés social generalitzat a les seves avantatges, malgrat les denominades llistes d'espera, generalment per afeccions banals o almenys no urgents, encara que mereixedores d'una atenció més acurada en una societat que es vanagloria de considerar-se del benestar.¹

Joan Sala Pedrós, Josep Simó Deu

BIBLIOGRAFIA

¹ Sala Pedrós J, Simo Deu J. La Cirurgia General i Digestiva a la Catalunya del Segle XX: els Antecedents Immediats. Annals de Medicina. 83, 2. Abril, 2000: 67-70.

ELS SERVEIS DE CIRURGIA ACTUALS

J. Aixàs, O. Colomer, A. Gil, L. Masferrer, J. Sala Pedrós

Evolució de l'assistència quirúrgica a Catalunya

En moltes ocasions, per comprendre l'estat actual d'una situació i preveure'n el futur, cal fer referència als orígens. No pretenem en aquest apartat fer un resum exhaustiu del desenvolupament de la cirurgia en el medi comarcal, a la manera com ho faria un historiador, però sí que ens interessa recordar aquells aspectes que han fet que el moment present sigui tal com el coneixem i no d'una altra forma.

Per una banda, caldria recordar que molts dels hospitals que integren l'actual xarxa comarcal catalana tenen els seus orígens fa ja uns quants segles. Per tant, cal ser conscients de que, en bona mesura, formem part del que s'anomena teixit social del país i, per tant, el nostre lligam amb el poble es molt antic. En altres paraules, no només som el resultat d'una política sanitària concreta o d'un model sanitari determinat. Les nostres arrels s'alimenten d'aspectes íntimament relacionats amb el desenvolupament de les comarques i les ciutats del nostre país.

Per altra banda, en els darrers vint-i-cinc anys, aquests hospitals, que anomenem comarcals, han sofert una transformació i un desenvolupament molt considerable. Es especialment sobre aquest darrer període sobre el que volem exercitar la nostra memòria.

Considerarem quatre etapes diferenciades:

1. Les llavors del canvi.

Aquesta primera etapa la podríem situar en els darrers anys del franquisme, es a dir en una Catalunya sense democràcia ni autonomia. El més característic d'aquest període es el desplaçament cap a hospitals de comarques de cirurgians molt qualificats, que treballen a Barcelona. Per raons molt diverses, aquests cirurgians van a operar a hospitals comarcals amb una determinada periodicitat (un dia o més cops per setmana) però amb continuïtat. Aquest fet, junt amb el fort increment d'estudiants de Medicina i de llicenciats joves, fa que ens trobem en una situació nova que tot seguit descriurem. El dia que aquest cirurgià experimentat es desplaça a l'hospital comarcal per operar, s'emporta metges joves per que l'ajudin, o bé incorpora estudiants o metges del propi hospital. La continuïtat d'aquest esquema fa que es comencin a consolidar petits equips de gent motivada i que, a més, s'estan formant amb els més experimentats cirurgians dels grans hospitals barcelonins.

Per altra banda, cal no oblidar els cirurgians nascuts a comarques que, després d'un període formatiu tornen a la seva ciutat de procedència per desenvolupar la seva tasca. Ambdós factors, els cirurgians formats que treballen a la seva ciutat i els cirurgians de Barcelona que es desplacen periòdicament, constitueixen l'inici del desenvolupament en aquesta etapa. Es a dir, es passa d'una situació en la qual les intervencions en els hospitals comarcals eren esporàdiques i realitzades per cirurgians no universitaris, a una nova situació en que apareixen nuclis de joves cirurgians agrupats entorn d'un cirurgià docent que els va formant progressivament.

2. La sortida dels M.I.R.

Aquesta etapa la situem des de l'inici de la transició fins a mitjans de la dècada dels vuitanta. Es l'època de la recuperació de l'autonomia, en la que es comença a parlar de mapa sanitari i de xarxa d'hospitals. L'administració catalana inicia els estudis de planificació que, posteriorment, donaran lloc al desplegament del mapa sanitari de Catalunya en el que els hospitals comarcals son una peça clau.

La cirurgia ens els hospitals comarcals coneix un fort creixement. El motiu principal d'aquest creixement son el nombre d'especialistes de cirurgia (especialment M.I.R.) que han acabat el seu període formatiu en un gran hospital de Barcelona i comencen a buscar feina. Aquesta feina, majoritàriament, la troben en els hospitals comarcals que han iniciat una fase de desenvolupament. A més, els hospitals grans no poden assumir tots els M.I.R. que produeixen. El tret característic d'aquest període és el de trobar-se en hospitals comarcals amb cirurgians joves i ben formats amb ganes de desenvolupar la seva professió.

No obstant això, hi ha dos aspectes que distorsionen aquesta etapa. En primer lloc aquests joves especialistes intenten reproduir els models de funcionament apresos en el gran hospital, en els hospitals comarcals. La impossibilitat del traspàs produeix més d'una frustració personal que repercuteix en la dinàmica de l'hospital. L'altre aspecte, molt lligat amb el que acabem d'exposar, és el de la consideració, per part d'alguns dels joves cirurgians, de l'hospital comarcal com a hospital "de pas", en expectativa de destí, fonamentalment de tornar a l'hospital on s'han format. Això fa que, tot i aconseguir un fort creixement en els serveis de cirurgia dels hospitals comarcals, no es desenvolupi una "consciència d'equip" ni una filosofia del que representa l'hospital comarcal.

3. La consciència de "comarcal".

Aquesta etapa la situem des de mitjans de la dècada dels vuitanta fins a l'inici dels noranta. En aquesta època es consolida, per part de l'Administració sanitària, la xarxa d'hospitals comarcals, alhora que s'estructuren i es sedimenten els serveis de cirurgia. Aquest és el període en que es desenvolupa el model d'hospital comarcal i la seva filosofia assistencial. Els cirurgians dels hospitals comarcals comencen a prendre consciència de la qualitat i dignitat de la seva feina. L'any 1984 té lloc la primera Jornada de Cirurgia als Hospitals Comarcals, a Vic. Des d'aleshores, cada any es celebra una Jornada, cada cop amb més assistència i amb més èxit. Després de Vic han vingut Granollers, Mataró, Reus, Terrassa, Sant Pere de Ribes, Lleida, Martorell, Manresa i l'any 1994 tocarà Tarragona. L'any 1993 tindrà lloc el Primer Congrés Català de Cirurgia, a Vic, i que per nosaltres, generadors de la idea, representa una evolució natural en el nostre procés de no excloure ningú en una tasca comuna.

Paral·lelament a aquests esdeveniments, el model de gran hospital entra en crisi arreu del món, demostrant-se ineficaç i ineficient, la qual cosa encara facilita més el model representat pels hospitals comarcals, el model d'hospital ben dimensionat, adequat a la seva població, càlid, humà i proper.

4. Anys de reflexió.

En els darrers anys i en el present, els cirurgians dels hospitals comarcals entren en una etapa que anomenem de reflexió. Reflexió per que ja s'han assolit els objectius inicials d'estructuració d'equips, de consolidació d'àrees d'influència, d'adequació de la feina a les necessitats de la població... Ara toca definir cap on es vol anar. Aspectes com els de la docència, l'envelliment de les plantilles, l'accés a tecnologia punta, etc. comencen a ser prioritaris. S'obre, doncs, una nova etapa en la que cal esbrinar els escenaris del futur per seguir assolint els reptes que ens imposa la nostra professió i que ens demana la societat.¹

**Joan Aixàs Obiols, Oscar Colomer i Miralbell, Antoni Gil i Goñi,
Lluís Masferrer i Sala, Joan Sala Pedrós**

BIBLIOGRAFIA

¹ Aixàs Obiols J, Colomer Miralbell O, Gil Goñi A, Masferrer Sala L, Sala Pedrós J, et al. La cirurgia en els Hospitals Comarcals de Catalunya. Una reflexió crítica. Col·lectiu de Caps de Servei de Cirurgia dels Hospitals Comarcals de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1993.

L'ESTIMACIÓ EN L'EXERCICI DE LA CIRURGIA

I. Claret Coromines

La cirurgia és un art que neix espontàniament, per mor de la seva necessitat. És ben palès que emprar instruments rudimentaris per intentar solucionar el desbridament d'abscessos, extirpar tumoracions, amputacions, fins i tot practicar trepanacions, ja es feia a les primeres civilitzacions. Mirem sinó els coneixements que els egipcis i perses tenien dels malalts. Ara bé, fins a l'edat mitjana, la cirurgia constituïa només un acte brutal i molt dolorós, que gairebé sempre acabava amb la mort del pacient. Després esdevindrà un acte purament tècnic, sense donar massa importància a la persona amb la qual es treballava, ja que el que primava era, sobretot, la rapidesa en l'execució. No serà fins el decenni 1830-1840 i gràcies a Dupuytren a París, Asley Cooper a Londres, Dieffenbach a París i a tants d'altres menys coneguts, que finalment la cirurgia esdevé un acte solidari entre metge i malalt, i que va fer dir al famós cirurgià Marjolin el 1836: "La cirurgia ha arribat fins el punt de no tenir res per adquirir". Aquestes dues paraules, metge i malalt, han de caminar molt unides, ja que són dues realitats fonamentals dins la nostra vida professional. Amor per la cirurgia sí, però sobretot, amor als nostres pacients. L'acte quirúrgic no és més que la sublimació d'uns estudis i experiències que avalen la nostra profunda vocació per ajudar als qui pateixen. Si trèiem l'amor que ha d'acompanyar tota la nostra professió, tot quedaria reduït a un fet mecànic més o menys robotitzat i recompensat per uns efectes econòmics.

Sempre he sentit amor per la cirurgia i pel seu poder de fer reviure els nostres semblants. És una manera de viure la solidaritat entre les persones sense tenir en compte la seva raça, la confessió religiosa o la situació econòmica en què es trobin.

Catalunya ha gaudit sempre de extraordinaris cirurgians i l'escola Catalana ha estat reconeguda arreu del món. Ella ha fet de fructífera llavor en totes les subespecialitats.

La cirurgia pediàtrica, que aquesta nit represento amb orgull en nom de tots els meus companys, té una curta història dins de l'ample ventall de la medicina. Esdevé una realitat en desmembrar-se de dos grans troncs: la cirurgia general i la pediatria mèdica. L'essència de la seva independència es desprèn del seu propi nom, "cirurgia dels nens". No ve determinada per cap característica anatòmica del sistema humà, sinó que es basa únicament i simplement en la peculiar anatomia madurativa i la fisiologia de l'infant, d'una manera especial durant el període neonatal i àdhuc, avui en dia, del prenatal.

Són profètiques les paraules de Potts, que a principis de segle escrivia: "Hi ha molta confusió sobre el paper que correspondrà a la cirurgia pediàtrica dins les grans especialitats, però ben segur que d'aquí a 25 anys, tota escola de medicina o centre mèdic important comptarà amb un servei de cirurgia pediàtrica", sempre dins de l'ampli context de la cirurgia general.

Tornant a la cirurgia en general, recordo que parlant amb un cirurgià de l'hospital de Harras, prop de Jerusalem, on treballen junts jueus i palestins, es tractaven igual aquells que havien sigut afectats per una guerra, tan absurda com sanguinària, sense pensar que a la sortida podien ser atacats per fanàtics de qualsevol comunitat .

La cirurgia no només s'ha de dedicar a estudiar noves tècniques operatòries sinó fonamentalment, a humanitzar el treball de les nostres mans. La descripció que el cirurgià ha de ser una persona amb vista de falcó, cor de lleó i mans de cotó, queda curta davant la realitat que tracta amb éssers humans .

L'any 1957 vaig operar amb èxit la primera atrèsia d'esòfag que se salva al nostre país. Durant vuit dies vaig estar al costat del pacient, vigilant-li les constants. El mateix em passava a l'Àfrica quan treballava com a metge missioner independent, a l'Hospital de Lunsar enmig de la selva, fundat pels germans de l'ordre de Sant Joan de Déu. Allà, ajudat per la meua sacrificada esposa, operàvem nadons i adults amb unes condicions molt precàries. El goig que sentia en donar-los d'alta no és comparable als guardons que s'atorguen als herois. Havia donat vida a un infant gràcies a la capacitat que Déu m'havia donat i que jo havia desitjat de la cirurgia. Amb quin amor i quin carinyo les mares de Sierra Leona ens abraçaven plorant en silenci!. Tractar amb malalts m'encisava i era en el quiròfan on treballava amb una seriositat i entrega que no semblaven pertànyer a l'home frívol per com era conegut moltes vegades.

La vida d'un cirurgià és llarga i plena d'anècdotes. Tots en podem explicar alguna. Jo ara recordo aquestes. Vaig operar el fill de Mobutu, a la primitiva Clínica Teknon, fundada el 1960 amb cinc companys i que ha esdevingut el reconegut Centro Médico Teknon i del qual ara sóc el President Honorífic del cos facultatiu. Aquell dia, els voltants de la clínica van quedar plens de guardaespalles, metralleta en mà. Entre tots, i amb molts companys del President Mobutu, van posar un toc de color arreu del barri.

Sentia una gran admiració pel cirurgià austríaco-alemany Sauerbruch i per la seva càmera hiperbàrica. Això explica el meu interès per la cirurgia toràcica infantil, cosa que provocà l'assistència a molts malalts, entre ells, una nena de dos mesos, filla d'un gran futbolista navarrès. Me la van remetre des de Pamplona per un emfisema molt important i incapacitant. La vaig intervenir amb èxit del primer emfisema lobar congènit conegut al nostre país. De manera semblant també operava d'urgència una nounat, neboda i afillada meua, que presentava un quist pulmonar gegant amb comunicació directa a l'arbre bronquial i amb una gran desviació de mediastí. Li vaig practicar una de les primeres neumonectomies en el nostre entorn.

Tinc present també la ben coneguda picardia dels components de la raça gitana. Una vegada, abans d'operar el fill d'un d'ells, vaig dir-li al pare: "No es preocupi, que tot anirà bé". I el pare em va contestar, tot ensenyant-me una navalla: "No, si va malament, qui s'ha de preocupar és vostè". Després, molts d'aquests malalts i d'altres, m'han convidat al seu casament, amb els quals he pogut retrobar noves emocions.

No voldria donar la impressió que vull ressaltar els meus mèrits quirúrgics, però em passa com a tots els cirurgians, que el que més ens agrada és parlar de cirurgia. Vaig ser President de la Societat Catalana de Pediatria i President de la Primera Societat Espanyola de Cirurgia Pediàtrica. De les dues, guardo els millors records, tant per les seves sessions científiques com per les seves, de vegades, acalorades discussions.

Voldria afegir que cada dia s'obre més camí per als nostres tractaments, tant de diagnòstic com de pauta tècnica operatòria. Primer, la radiologia i l'ecografia; després, la TAC i la ressonància magnètica, i així mateix la radiologia no invasiva assoleixen una gran importància. I en el camp del quiròfan, la laparoscòpia, la microcirurgia, el làser i, sobretot, els trasplantaments, tant renals com de cor o pàncreas. Em sorprenen, i em produeix una sana enveja no poder practicar-les.

Totes aquestes novetats han estat possibles gràcies al progrés de l'anestèsia, que començava Morton amb l'aplicació d'èter sulfúric, òxid nítric o gas hilarant. Però es pot dir que va ser el mateix Morton, l'any 1846, que va usar l'èter actual, i Simpson l'any 1847, que va començar a usar el cloroform en obstetrícia. És llavors quan s'inicia l'edat daurada de la cirurgia. Nosaltres anesthesiàvem els nadons i lactants amb Whisky, que el Dr. Roviralta, el primer dels meus mestres, portava directament d'Escòcia com si fos un veritable tresor. En l'actualitat vivim un moment molt delicat i perillós: la cirurgia fetal, la reproducció assistida amb òvuls congelats, juntament amb la clonació, que pot atorgar a la ciència un poder extraordinari en la formació de l'home fins a dirigir-ne les gàmetes que lideraran la seva personalitat.

Tant de bo l'experimentació no vagi per aquests camins, sinó que s'encamini a ajudar a treballar en el tercer món, on tants infants moren de gana o de malalties fàcilment curables. Jo mateix, a través de la Fundació Ajudant a Ajudar, de la qual formo part del Consell Assessor, vull destinar el meu temps a crear professionals autòctons. És impossible que els cirurgians cobreixin tot el món, però sí que poden contribuir a formar professionals a cada país. No és un problema econòmic, és qüestió de vocació per l'ensenyament, la qual cosa demostraria la solidaritat que hi pot haver arreu del món.

No puc acabar aquest breu parlament, sense donar novament les gràcies a la Societat Catalana de Cirurgia, i en el seu nom, al seu president, el benllogut professor Laureano Fernández-Cruz, que m'han escollit, en un dia tan important com és el 75 aniversari de la Societat, per lliurar-me el Guardó que més il·lusió m'ha fet a la meua vida, el Gran Premi Virgili que no mereixo, però que accepto de tot cor. Tampoc puc deixar de recordar el meu pare, metge vocacional, que em va inculcar els primers coneixements de cirurgia. Ni la meua recordada mare, que em va ensenyar a estimar els malalts. Ni la meua recordada mare, que em va ensenyar a estimar als malalts. Ni tampoc a tots els que han treballat amb mi per ajudar a tirar endavant el nostre esperit: en primer lloc, el Prof. Luis Morales Fochs, ja Catedràtic, i a qui tinc pel fill científic més estimat; com també els doctors Salarich, Rovira, Montaner, Ribó, Mulet, Obiols i tants d'altres als quals he intentat fer combregar amb el meu ideal: "Sempre, el primer, és el malalt". Axioma que predico constantment i amb èxit a la meua dolça filla Patrícia, que segueix la nostra professió amb gran dedicació.

Finalment no vull deixar d'esmentar al professor Manuel Cruz Hernández que des d'un principi em va confiar els seus "malaltets" de la Càtedra de Pediatria.

Moltes gràcies.

Prof. Isidre Claret Coromines
Premi Virgili 2002 de la Societat Catalana de Cirurgia

THE SPIRIT OF ENDURANCE

B. Launois

Mr President,
Dear Colleagues,
Ladies and Gentlemen,

It is a great honour and a great privilege to be here with the Catalan Society of Surgery. It is a great pleasure to celebrate with you the 75th anniversary of the Foundation of your Society. France and Catalonia were always very close and this anniversary is a good opportunity to feel each others closer. But I would like to thank you and to express my gratitude to the members of his society for receiving the prestigious Gimbernat Award.

Unfortunately, I was, an orthopaedic surgeon. My thesis was written on experimental data of the fracture of the neck of femur. A bone graft was inserted in the head of femur with its muscular pedicle, in order to obtain revascularization and reconstruction of the necrotic bone.

At the end of my residency I went to Beaujon hospital ; the head of the department was Jean-Louis Lortat-Jacob. In July 1944, he had performed the first Sweet procedure in France. One month later the patient was walking in the Streets of Paris. It was the liberation of Paris. It was recommended to him; « please do not be killed by a bullet ».

But the following 12 patients died. And in 1947 only 4 patients survived. In 1952, he performed the first right extended hepatectomy. When I arrived in Beaujon in 1962. I was so impressed by this surgery, as I decided to become a digestive surgeon and to stay with this team. In GI surgery, you need to plan the type of surgical procedure; eventually a more complete procedure, to assess the risk and to know how to deal with the surgical complications. The surgical technique should be perfect with an excellent exposure, a prophylactic hemostasis, to know that dissection is division and to remember that it is a symphony for the left hand. During my stay we meet many surgeons: Nakayama, Barrett who was discussing Barrett epithelium vs endobrachyesophagus. However in 1963 a young surgeon published the first three homografts of the liver. I decided to fly to Denver. The first transplant patient I saw was a very sick patient and died. But the liver biopsy was normal. The success were rare but the first 5 year survival was obtained.

In 1972, I was appointed head of department in Rennes. Because of a randomised trial showing the efficiency of ALG, we used this drug to obtain our first success of liver transplant in 1978. But the liver transplantation was not very popular. T.E. Starzl was fired from Denver. The use of Cyclosporine changed suddenly the context. Any way, in 1985, few cities succeed in liver transplantation : 3 in France of which Rennes was and one in Spain : Barcelona. In 1988 for the 80th birthday anniversary of J.L. Lortat-Jacob, T.E. Starzl received the title of *Doctor Honoris Causa* of Rennes.

In spite of the liver transplantation, I stay always a digestive surgeon. In 1974 we decided to resect the Klastkin tumor with a resectability rate of 60 %. We showed the results were depending of the stage of the disease but the resectability depends on hepatectomy rate.

In 1990 we proposed a more simple technique of hepatectomy with a transfissural approach: the posterior approach of the liver hilum. A book was written with Gl. Jamieson, during his sabbatical in Rennes. We improved the long-term survival. We were also interested in neo-adjuvant therapy and evidence based surgery.

One of the great pleasures of our field is that surgeons are in a international club, a club of friendship. For the first time, an European surgeon belongs to the court of examiners of the Royal College of Surgeons of England.

At the present time I am Professor of surgery at the University of Adelaide (SA) for 5 years. From time to time, I spent a week in Port-Augusta Hospital, close to the Spencer Gulf, at the Cross-road of the highways Perth-Sydney, Adelaide-Darwin. In the momitains, there is the Gasneau tree. Gasneau was a French photographer who took this picture in the 1930's. The name of this tree is « Spirit of Endurance ».

And the Spirit of Endurance, that's the symbol of digestive surgery.

Prof. Bernard Launois
Premi Gimbernat 2002 de la Societat Catalana de Cirurgia

SALUDO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

M. Moreno Azcoitia

Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad de la Generalitat, Sr. Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia, Autoridades, amigos todos.

Cuando a principios de este año, acordamos con el Prof. Fernández Cruz que se celebrase una reunión de la Junta Directiva de la Asociación Española de Cirujanos en Barcelona con motivo del 75 Aniversario de la fundación de la Sociedad Catalana de Cirugía, entendimos que era un honor y una deferencia nuestra asistencia a este acto.

La Junta Directiva de la A.E.C. ha tenido su reunión acordada y, muy gustosamente, nos encontramos en este acto solemne de la Sociedad de Cirugía más antigua de nuestro país, que hoy celebra el 75 aniversario de su Fundación, siendo ocho años más antigua que la Asociación Española de Cirujanos que se fundó en 1.935.

Puedo afirmar que las relaciones de la A.E.C. con la Sociedad Catalana y con los cirujanos catalanes, han sido siempre fecundas e intensas y buena prueba de ello es la representación de la cirugía catalana en la Presidencia de la AEC con Puig Sureda, Cortes Llado, Piulachs Oliva, Puig Lacalle y nuestro próximo presidente que será Eduardo Jaurrieta Mas, que presidirá el congreso nacional de noviembre en Madrid. También ha habido, a lo largo de todos estos años, cirujanos catalanes muy representativos en las diferentes juntas directivas y comités científicos de la AEC. Actualmente nuestra junta directiva se enriquece y enorgullece de contar en su comité científico con los Profs L Fernandez-Cruz y A Sitges-Serra, con el Prof J Fernández-Llamazares como coordinador de la sección de postgraduados y con el Dr Targarona como jefe de redacción de nuestra revista Cirugía Española. En términos futbolísticos, el entrenador y la mitad de la selección.

En Barcelona se han celebrado 3 Congresos Nacionales y 2 Reuniones Nacionales y quiero recordarles que el 1º congreso nacional, se celebró en Barcelona en el año 1.949 y que cuando se celebró el 3º, en Barcelona, en 1.980, fueron los cirujanos catalanes, elegantemente, los que hicieron la propuesta de que a partir de entonces, los congresos Nacionales se celebrasen en Madrid por ser de más fácil acceso para todos los cirujanos.

La aportación de la Cirugía Catalana siempre ha estado en el nivel de la excelencia y una prueba de ello, son los premios que hoy se entregan que llevan el nombre de dos ilustres cirujanos de estas tierras: Virgili y Gimbernat que enriquecieron no sólo la cirugía española sino que sus trabajos se extendieron más allá de nuestras fronteras.

Esta aportación continúa hoy en día, pues es conocido por todos el nivel de la cirugía catalana y, si alguien lo duda, que lea detenidamente el programa del próximo XXIV Congreso Nacional con las ponencias de la mesa redonda de la Sociedad Catalana de Cirugía. Todos ellas son de temas muy actuales y de gran nivel quirúrgico.

La Asociación Española de Cirujanos se siente orgullosa de todos los cirujanos y de todas las sociedades quirúrgicas autonómicas y, por este motivo, se decidió iniciar una nueva andadura en la cual las sociedades autonómicas organizarían un mesa redonda en los Congresos Nacionales, comenzando este año con la Catalana por ser la más antigua.

El sentir de la Asociación es, como dicen sus estatutos: "Contribuir al progreso de la Cirugía en todos sus aspectos promoviendo la formación, el desarrollo y el perfeccionamiento profesional de los cirujanos, procurando la mejor calidad en la asistencia a los pacientes y fomentando la docencia y la investigación".

Por este motivo, independientemente de los Congresos y Reuniones Científicas que se han realizado y de su publicación "Cirugía Española", hace unos años se emprendieron otros proyectos para garantizar esos objetivos y, por ello se vienen celebrando reuniones para la mejora de la formación de los Médicos Residentes, que han sido organizados por las diferentes secciones (HPB, Coloproctología, Endocrino, Infecciones, Hernia, Endoscopia y Formación). Además, hay otras reuniones anuales para aquellos especialistas que tienen un especial interés en un área determinada que también son organizados por la secciones (Coloproctología, Pared Abdominal, Endoscopia y Mama). Estoy seguro que en un plazo muy breve, cada una de las 12 secciones de la AEC tendrá su curso de formación.

Dentro de estos proyectos, se debe incluir también el trabajo tan importante que están desarrollando las secciones de Gestión de Calidad y de Politrauma, con la incorporación de los acreditados cursos de asistencia a los politraumatizado, ATLS, que han sido un éxito y que al tener las plazas cubiertas hasta el año 2.005, nos obligarán a tener que abrir otra nueva sede para que funcione simultáneamente con la actual de Salamanca.

Como proyectos editoriales, estos se iniciaron con los Consentimientos Informados, una herramienta de trabajo imprescindible en nuestra práctica diaria, actualmente utilizados con o sin modificaciones por el 70% de nuestros hospitales, de acuerdo con los datos publicados en Cirugía Española, en el número de Junio del presente año, pasando posteriormente a las Guías Clínicas de las que se han editado ya cuatro (Endocrino, Coloproctología, Esófago-gástrica y Politrauma). Este año saldrán la de Infecciones y pared abdominal, hasta completar todas las secciones.

No podemos olvidarnos de nuestra página web, una de las más visitadas y valoradas entre las diferentes sociedades científicas y que es visitada no solo por los cirujanos españoles, sino también por cirujanos de otros países sobre todo de Hispanoamérica.

Trabajamos también muy activamente en la Comisión Nacional de la Especialidad, actualmente en la elaboración de un nuevo y más actual programa para la especialidad de cirugía general y en nuevos requisitos para la acreditación de los centros donde se formaran nuestros residentes y, con el mismo interés seguimos trabajando en otro importante aspecto de la formación, la Formación Continuada de nuestros especialistas, hecho que la sociedad nos demanda y así, nuestros Congresos, Reuniones, Guías Clínicas, Revista, etc. son las mejores ofertas de formación continuada para los cirujanos españoles.

Gracias a todo el trabajo de los que nos precedieron, así como al desarrollado actualmente por la Junta Directiva, nos aproximamos a los 3.000 asociados, lo cual es un índice muy importante de la aceptación de la Asociación entre los cirujanos españoles, pues supone más del 60% de estos. Es indudable que la puesta en marcha de la Fundación "Cirugía Española" ha contribuido también a estas mejoras gracias a una mejor gestión de los recursos.

Considero que el panorama de la Cirugía en nuestro país ha mejorado notablemente en los últimos años y por todos es sabido que está a la cabeza en muchos campos. Esto se ha hecho gracias al esfuerzo desinteresado de muchos cirujanos en todas las Comunidades Autónomas. Cataluña siempre ha estado en vanguardia, pero afortunadamente para el resto de las comunidades las diferencias se van acortando, tratando de igualar hacia arriba.

En cuanto al futuro no es difícil saber lo que va a ocurrir. Estoy seguro que la próxima Junta Directiva que presidirá el Prof. E Jaurrieta continuará trabajando y nuestra Asociación seguirá esa línea ascendente iniciada hace algunos años.

Muchas gracias

Mariano Moreno Azcoita
Presidente de la Asociación Española de Cirujanos

FROM ANT HEAD TO DA VINCI ROBOT

J. Jeekel

Surgery began long before Christ. 125 Years ago Shushruta performed plastic surgery for the nose and closed wounds with stitches made from heads of big ants. The jaws of the ants closed the wound edges when pinching the ant behind the head. A great impact on the development of surgery came from the treatment of arrow wounds for more than 10.000 years. Treatment of these wounds gained knowledge about treatment of organs and wounds. This disappeared as a surgical entity. Presently again diseases disappear but now by treatment or better early diagnostics and may be in the future by genetic engineering and prevention of diseases. For example: surgery for gastric ulcer more or less disappeared by treating the helicobacter bacteria as a cause of the disease. The occurrence of gastric cancer can be reduced by dietary methods. Better diagnostics for polyps in the colon may virtually eliminate the colon cancer disease. Endoscopy of the colon can be avoided with the development of virtual colonoscopy with multi Spiral CT scans or new MRI technology and ultrasound technology for virtual colonoscopy. Other epidemiological studies have also demonstrated that colon cancer can be prevented by the use of NSAID's with a 40 – 50% reduction in mortality due to colorectal cancer.

In the future the early diagnosis of pre-cancer state of oesophageal cancer and breast cancer may prevent the disease.

Insight in the pathogenesis of many diseases will be further developed. The genetic model of colorectal cancer will be completed. Cyclo-oxygenase and prostanoid production appear to play an important role in the pathogenesis of colorectal cancer. NOS gene therapy may develop the use of nitric oxydes as a tool for gene therapy in vascular surgery, wound healing, transplantation and oncology. Genetic prodrug activation therapy is developed for certain cancers like pancreatic cancer. This therapy uses differences in transcription between normal and malignant cells to express non-mammalian suicide-genes that convert a non-toxic prodrug into a highly cytotoxic chemotherapeutic agent at the tumour site by conferring selective sensitivity. In pancreatic cancer a new enzyme activated prodrug therapy strategy is developed using the methionase gene (MET). The efficacy of this strategy has been tested in mice and showed a 60% survival rate in the treated group versus 0% in all controls. Another strategy is the anti-sense therapy which involves of complementary strands of small segments of target mRNNA that modify gene expression at the translational level. Certain matrix metalloproteinases, which are a group of proteolytic enzymes are expressed more in certain cancers, like again in pancreatic cancer. Matrix metalloproteinase inhibitors have been developed and one such drug, marimastat has been used in clinical trials in patients with cancer and appeared as effective as gemcitabine.

Further insights in immunology will lead to more immune therapy regimens. Various types of immunotherapy are possible: passive immunotherapy is used with the administration of monoclonal antibodies, active immunotherapy aims at the activation of components of the immune system such as lymphocytes or antibodies against tumour associated antigens presented by the tumour or tumour growth factors. Adoptive immunotherapy involves sensitised lymphocytes or dendritic cells, which are infused into patient. Lymphocyte activated killer cells may play a future role in cancer treatment.

New imaging techniques will improve diagnostic procedures and also aid in surgical procedures. 3-dimensional imaging diagnostic techniques will support surgery. Examples nowadays are three dimensional surgical techniques for computer assisted surgery for various skeletal locations. 3-dimensional video endoscopy will be further developed for laparoscopic surgery and telerobotic surgery. Our future operating rooms need to be designed in such a way that new diagnostic and precision targeting machines can be installed and tele-robot surgery can be performed.

An exciting new technology is developing in endo-vascular surgery. Presently patients with an acute ruptured abdominal aneurysm can be treated under local anaesthesia without the 40 – 50% operative mortality rate in open surgery and a hospital stay of 2 days. Endovascular surgery will develop fast in the twenty-first century, also for smaller vascular structures.

New technology is developing in GI surgery, for example in anal incontinence. Two techniques are developing: the dynamic Gracilus-plasty with neuromuscular stimulation system implant that allows the sphincter muscle to contract. Another method is the sacral nerve stimulation to modulate neural reflexes that influence pelvic floor, bladder and sphincter. Electrodes are placed on sacral nerves to stimulate the neural reflexes of the sphincter. Studies have been performed for urinary incontinence and are presently done for anal incontinence.

Less invasive techniques will develop in the future. Presently laparoscopic techniques are still used on moderate scale. Minimum invasive techniques are not only advantageous for the patients, improving post-operative quality of life but may have a very important advantage in patients with cancer operations. Although early reports reported of high rates of port-site metastases in laparoscopic cancer operations for colon cancer, it may be that the present randomised studies in laparoscopic cancer operations will indicate that minimal invasive cancer surgery may actually improve long cancer survival when compared to the open conventional approach. Experimental studies have shown that tissue trauma induced during surgery may facilitate tumour growth. The extent of surgical trauma appears in rat studies to be related to the degree of tumour growth stimulation. Indeed in experimental rat cancer studies laparoscopic operations appeared to be associated with less tumour growth than open surgery.

Apparently minimal invasive surgery in the abdominal cavity induces less acute phase response because of less peritoneal damage which results in less cancer growth. In the acute phase response, growth factors cytokine responses and up-regulation of adhesion molecules like ICAM1 and VCRM are stimulated. In clinical studies a lower IL-6 concentration was found after laparoscopic cancer surgery which is a measure of the systemic acute phase response that may facilitate tumour growth. I expect that future studies will show improved cancer survival following minimal invasive cancer surgery.

Of course laparoscopic techniques will develop much further in the future with tele-robotics (Zeus, Da Vinci), 3-dimensional video endoscopic systems and better equipment. This will allow the performance of endoscopic operations for nearly all organs.

The present and future technological developments should not distract us from the essence of our profession, which is to be primarily a doctor, taking good care of a patient every day and night.

September 2002

Jans Jeekel
Chairman of the Department of Surgery
University of Rotterdam.

LA FUNCIÓ SOCIAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

L. Masferrer Sala

La Societat Catalana de Cirurgia (SCC) representa als cirurgians de Catalunya i, per tant, ha de defensar els interessos professionals dels seus associats des d'una perspectiva científica, vetllant perquè es doni l'assistència de major qualitat i en les millors condicions possibles.

Com a organització dels cirurgians de Catalunya, la SCC representa l'interlocutor més adequat davant l'administració sanitària pel que es refereix als problemes que afecten als cirurgians, no només els de la macrogestió o planificació si no també temes quotidians dels que trobem dia a dia en els nostres hospitals.

Un exemple de la seva funció el tenim en la política, molt discutible, de prioritització de certes patologies, que no de pacients, en les llistes d'espera, considerant més el temps d'espera que l'estat dels pacients. L'actitud de la SCC va ser de crítica oberta d'uns principis que transgredien qualsevol tipus de lògica sanitària, aportant els seus criteris sobre com es pot prioritzar de manera justa, que són motiu de debat intern en aquests moments i que una vegada consensuats, han de servir com a criteri general d'actuació a l'hora d'establir prioritats, tenint en compte que la màxima rellevància no correspon al "producte" si no a la persona, amb tota la càrrega de complexitat en l'anàlisi que comporta, valoració en la qual, els metges i cirurgians, en general, estem avesats des de molt abans que l'anàlisi econometrista simple passes a monopolitzar els criteris de la pràctica sanitària dirigida a distància. Altres exemples poden ser: des del temps mínim necessari per a fer una visita en condicions, fins al personal necessari i la seva qualificació mínima per a exercir correctament la tasca de cirurgia, segons cada tipus d'intervenció; això inclou el mínim que necessita un cirurgià de guàrdia per a atendre les urgències quirúrgiques que corresponen al seu hospital. En tots aquests problemes i en d'altres, la SCC com a societat científica, ha de fer sentir la seva fonamentada opinió a l'administració pública, sempre tenint en compte els criteris d'evidència científica i d'optimització de recursos.

D'altra banda, la SCC ha de vetllar per la bona praxi dels seus associats i, per tant, conèixer a través d'estudis multicèntrics i auditories clíniques l'estat real de la cirurgia al nostre país. Només així pot recomanar què s'ha de fer, com s'ha de fer, i en quines condicions. Un exemple recent d'aquest aspecte és l'estudi o auditoria sobre la cirurgia oncològica a Catalunya. Cal conèixer les conseqüències de l'activitat quirúrgica i comparar-les amb l'experiència d'altres països per tal de posar els mitjans adequats que facin possibles els millors resultats amb els recursos disponibles. Fins a quin punt cal centralitzar determinades patologies que precisen de tecnologies sofisticades no a l'abast de tots els cirurgians, com per exemple, les metastasectomies hepàtiques sense ecògraf intraoperatori, només ho poden dir les diferències en els resultats obtinguts d'una manera o una altra, d'un centre a un altre. Les recomanacions ètiques basades en l'evidència científica han d'estar a la base de les activitats de la SCC i ser el fonament de la seva credibilitat.

També correspon a la SCC la formació, no només dels metges residents, també la formació continuada dels professionals amb experiència que, actualment, necessiten d'un continu reciclatge i actualització en els seus coneixements i habilitats. Com a Societat Científica lligada a la societat a que pertany, ha d'assumir un paper de lideratge en la millora i bondat de l'assistència que ofereixen els seus associats. El gran repte de la SCC és el de ser capdavantera en posar els mitjans necessaris per facilitar la formació continuada dels cirurgians, adequant els coneixements precisos per desenvolupar l'activitat quirúrgica en centres de diferent nivell. Els cursos específics, els intercanvis mitjançant estades o el finançament de beques institucionals encaminades a la contínua actualització en el camp de la cirurgia, han d'estar potenciades, supervisades i enaltides per la SCC, fent sentir la seva opinió en els òrgans, entitats i poders amb capacitat per endegar projectes de millora sanitària quirúrgica.

Per no allargar la llista de camps en els quals la SCC ha de poder demostrar la seva utilitat i desenvolupar el seu mestratge, com a societat científica independent, citarem que ha d'estar present en l'adjudicació de llocs de treball quirúrgics, en les contractacions de cirurgians, per a garantir la transparència dels processos, valorar la qualitat dels candidats i defensar els criteris objectius per sobre de les manipulacions interessades amb objectius que puguin pervertir la bona pràctica quirúrgica.

En resum, en la línia de les Associacions o Col·legis de cirurgians més prestigiosos del món, la SCC ha de potenciar el seu paper en la societat en general i ha de ser la marca de garantia de la bona pràctica dels seus associats però també la principal defensora del seu prestigi i dignitat.

Lluís Masferrer i Sala

FORMACIÓ CONTINUADA: UNA EINA PER A LA PLENITUD I EL LIDERATGE PROFESSIONALS

A. Sitges-Serra

El context

Creiem representar la opinió de molts membres de la Societat Catalana de Cirurgia si manifestem que la Cirurgia General està deixant de ser atractiva per als millors estudiants de les nostres facultats de Medicina. El fet de que actualment es vagin cobrint les places MIR de la nostra especialitat, no ens ha de fer caure en un optimisme fàcil. La tendència actual del sistema de formació MIR, implica que pràcticament tots els estudiants llicenciats tindran assegurada una plaça de formació d'especialista. En aquest entorn, i tenint en compte les actituds socials més esteses, no és estrany constatar que els llicenciats trien, preferentment, especialitats remunerades, tant o més que la Cirurgia General; algunes d'elles, a més, amb millors perspectives per a l'exercici privat. Aquest fenomen no és local sinó que ha estat identificat i estudiat en d'altres entorns amb àmplia tradició en la formació de metges residents de cirurgia.¹

A més de les raons exposades, cal afegir que al llarg de la darrera dècada s'ha donat a casa nostra i també en d'altres països del nostre entorn europeu una disminució sensible del lideratge quirúrgic en la docència de pregrau, la qual cosa ha reduït l'exposició directa dels estudiants a la cirurgia, tant electiva com urgent.² Si bé en d'altres especialitats mèdiques la necessitat d'aquesta exposició és relativa, en el cas de la cirurgia, és una condició que creiem indispensable per afavorir les vocacions quirúrgiques de qualitat.

Finalment, la burocratització i politització de l'assistència sanitària, han fet que la capacitat de decisió dels cirurgians en les polítiques sanitàries que els afecten tant a nivell autonòmic, local com hospitalari hagi anat minvant i que el lideratge i el mestratge de la cirurgia estigui en hores baixes. A més, en determinats camps, com la composició de tribunals o la gestió de les llistes d'espera, s'han produït ingerències que vulneren els drets a la igualtat d'accés a la sanitat o l'autonomia professional mínima requerida per desenvolupar la nostra tasca amb eficiència i qualitat.

Vàlua social i intel·lectual de la nostra especialitat

La represa de les vocacions quirúrgiques de la major qualitat passa, doncs, per una reivindicació de la vàlua social de la nostra feina en primer lloc i en segon lloc per una major exigència amb nosaltres mateixos tant en el camp de la formació com en el de la integritat com en el de la defensa dels nostres interessos que representen, en gran part, els dels malalts que atenem.

En demanda d'una presència més important de la cirurgia en l'ensenyament de pregrau, Francis Moore escrivia: "els cirurgians fan que els nens neixin, que els coixos caminin, que els cecs vegin".³ De fet, un 90% de les persones porten, a la fi dels seus dies, algun tipus de cicatriu quirúrgica al seu cos. Malgrat tots els avenços esdevinguts en teràpies adjuvants, la cirurgia continua sent el mitjà terapèutic per excel·lència en el camp dels tumors sòlids. La cirurgia és també l'arma terapèutica prínceps en tots els casos de traumatismes. Finalment, la complexitat i cost creixent de la tecnologia que emprem els cirurgians deixa en les nostres mans importants decisions sobre la manera què utilitzem els recursos al nostre abast.⁴ Aquests pocs però il·lustratius exemples, són suficients per mostrar l'impacte social de la nostra especialitat i, per tant, la necessitat que sigui exercida en les millors condicions possibles i pels millors professionals que siguem capaços de formar.

Però no tan sols té la Cirurgia General un impacte socialment benèfic, hem de dir que és, en si mateixa, una de les especialitats més completes que existeixen: pel seu ampli espectre de coneixements i d'acció, per la complementarietat dels coneixements tècnics i científics, per la seva importància en l'assistència urgent i per la complexitat fisiopatològica de les malalties a les quals s'enfronta. No hi ha dubte, que és una especialitat capaç d'omplir amb escreix les aspiracions assistencials, docents i de recerca dels individus més motivats. Tanmateix, és una especialitat exigent, que demana una vocació d'estudi permanent i en la qual els errors es tradueixen sovint en complicacions greus.

Tot això implica, que la recuperació de les vocacions per a la Cirurgia General dependrà de la nostra capacitat per transmetre a les futures promocions d'estudiants i de MIR, no només amb la paraula sinó també amb l'acció, el valor social i el valor intrínsec de la nostra especialitat, així com la satisfacció personal de poder-la exercir tot i les dificultats que l'entorn hi posa. En gran mesura, aquesta transmissió de valors passa per un reforçament de la formació continuada i per la recuperació del lideratge.

Formació continuada: mitjans clàssics i no tant.

La formació continuada s'ha anat imposant com un deure ineludible per als professionals de la Medicina ja que la vida mitja dels coneixements mèdics se situa just per sota dels cinc anys.⁵ Els cirurgians, en particular, donada la component tecnològica de la seva especialitat i la celeritat amb que evolucionen els protocols de maneig perioperatori, necessiten fonts solvents d'actualització dels seus coneixements. Per als MIR de Cirurgia General, és fonamental mantenir la dinàmica d'estudi de la llicenciatura de manera que hi hagi una evolució natural cap a la formació continuada i aquesta sigui assumida com una component més de la vida professional. A continuació comentaré breument els pilars fonamentals en els quals reposa una formació continuada eficaç i de qualitat.

Lectura. No hi ha dubte que un dels pilars de la formació continuada és el desenvolupament d'un hàbit de lectura de les principals revistes de l'especialitat. S'han publicat diverses estratègies per tal de poder fer-ho amb la màxima economia de temps i no insistirem aquí, doncs, en qüestions de mètode.^{6 7} En canvi cal remarcar, que ha esdevingut essencial, en aquest nou període que ha obert la medicina basada en proves, el disposar d'arguments sòlids per fonamentar la nostra pràctica i, més important encara, per fonamentar els canvis que cal introduir-hi. Només un seguiment acurat de la literatura científica recent ens permetrà assolir aquest desitjat i beneficiós canvi de mentalitat que es fa necessari per exercir la cirurgia en aquest segle que comença. Actualment, les eines de cerca bibliogràfica automatitzada, el correu electrònic i l'àmplia difusió de les revistes de més impacte de l'especialitat (Ann Surg, Br J Surg, Arch Surg, Surgery, JACS i Surg Endoscop) ofereixen facilitats úniques que fan pràcticament inexcusable el desenvolupament i manteniment d'un hàbit de lectura. Finalment, cal remarcar el rol creixent dels portals d'internet (<http://surgery.medscape.com>) com a component addicional de la formació continuada no presencial. La *Asociación Española de Cirujanos* registra ja una notable demanda de formació en forma de visites a la seva pàgina *web* i és intenció de l'actual Junta Directiva de la Societat Catalana de Cirurgia potenciar el nostre *website* per obrir-lo a la formació *on-line*.

Pràctica quirúrgica. Una component essencial de la formació del cirurgià és la pràctica quirúrgica. Estudis prospectius proven que els coneixements que posseeix un resident en acabar el seu període docent estan en relació amb el nombre d'intervencions quirúrgiques realitzades. Aquestes motiven fortament al resident a estudiar ja no la tècnica adient sinó la pròpia malaltia en qüestió.⁸ És molt important que, en la revisió en curs del programa MIR, s'introdueixin canvis substancials orientats a assegurar que els MIRs que finalitzen el seu entrenament tinguin acreditats un nombre mínim de procediments quirúrgics. Una vegada especialitzat, el cirurgià ha de saber que cada cop són més nombrosos els estudis que demostren una milloria dels resultats assistencials en funció del volum de la cirurgia realitzada,⁹ la qual cosa implica que és imprescindible disposar d'un volum quirúrgic que garanteixi la seguretat del pacient. Si ens comparem, per exemple, amb el volum quirúrgic setmanal d'un *consultant* anglès treballant al NHS,¹¹ veurem com la gran majoria de cirurgians que exerceixen en hospitals públics catalans manté una activitat entre un 30 i un 70% menor. Així doncs, hi ha molt camí per recórrer en aquest camp.

Formació presencial. Dins de les activitats de formació presencials, els congressos mèdics han representat una part important, sovint la única, de la formació que han tingut els cirurgians una vegada han finalitzat el seu període d'aprenentatge. Malauradament, la proliferació de reunions mèdiques, la presència cada cop més influent de la indústria, les pugnes estèrils pel control dels programes científics i la desigualtat en la qualitat de les presentacions fa que els congressos no puguin garantir un estàndard formatiu o, en tot cas, no resultin clarament positius des del punt de vista cost/benefici. Per aquest motiu les associacions professionals estan cridades a jugar un rol més important en la formació presencial, oferint activitats en les que quedi garantida la solvència científica i s'hi donin oportunitats pel diàleg i les posicions més crítiques.¹² És en aquesta direcció en la qual voldria situar-se la Societat Catalana de Cirurgia, oferint aquest curs per primer cop, tant als cirurgians en formació com als que ja exerceixen autònomament, un programa de formació presencial atractiu i alhora capaç d'omplir les mancances més importants.

Recerca. Cal modular els interessos dels MIR durant el procés de formació de manera que els cirurgians joves se sentin igualment atrets tant pels aspectes tècnics de la cirurgia com pels aspectes lligats al pre i al postoperatori, a les cures intensives,¹³ a les ciències bàsiques més rellevants per a l'exercici competent de la cirurgia i al treball en equip i la comunicació amb els pacients.¹⁴ Cal fomentar la curiositat pels aspectes menys coneguts de la patologia quirúrgica i estimular la investigació amb el convenciment que l'exercici intel·lectual que representa la lectura crítica de la literatura i el pensar i executar un treball de recerca és cabdal per a la formació global i per educar el talant obert i inquisitiu propi dels millors professionals.^{15 16}

Avaluació. Hem d'estar preparats perquè més tard o més d'hora l'avaluació dels sistema MIR i de la formació continuada (reacreditació) mitjançant proves objectives serà una realitat. La societat civil serà cada cop més exigent en la demanda de serveis assistencials de qualitat i, si no volem veure una escalada de les demandes judicials, hem de ser els primers en dotar-nos de sistemes d'avaluació que ens ajudin a minimitzar les possibilitats d'error.^{17 18} Tal com ha escrit Karl Popper, "aprendrem molt més reflexionant sobre una equivocació que adquirint informació nova".¹⁹ Això implica que el primer esglai de qualsevol avaluació és l'autoavaluació diària i, per aquest motiu, la sessió de morbiditat i mortalitat ha esdevingut l'eina més adient per implementar-la. Hauríem d'aconseguir que el 100% dels nostres serveis del cirurgia realitzessin aquest tipus de sessió amb presència de tots els seus membres. En aquest mateix sentit, fora bo que, com han fet els *College of Surgeons* britànics,^{20 21} es promoguessin des de dintre de la Societat Catalana de Cirurgia avaluacions internes (*audits*) per tal d'esbrinar confidencialment i corregir els punts més febles de l'assistència quirúrgica al nostre país.

Més enllà de l'avaluació de la praxi quotidiana, els sistemes més ben consolidats d'avaluació periòdica (exàmens estructurats, preguntes de resposta múltiple, malalts simulats, etc.) s'aniran introduint paulatinament fins que l'avaluació dels MIR i la reacreditació del cirurgians *senior* sigui un fet natural com ho és ja en d'altres països.

Lideratge

En cirurgia, és molt difícil transmetre la vàlua i els valors de la nostra especialitat si no creiem en ella i si no ens autoexigim el nivell de màxima competència per exercir-la. No és casual que les arrels de la cirurgia es remuntin a unes poques escoles solvents, ni tampoc ho és que el lideratge de les figures més senyeres de la cirurgia hagi estat un autèntic motor de vocacions quirúrgiques. No només pels seus amplis coneixements i competència tècnica sinó també per la responsabilitat amb que l'han exercit i la seva autocrítica i autoexigència implacables. No hem de renunciar a aquesta tradició. És fonamental que la Societat Catalana de Cirurgia ajudi, promogui i estimuli les carreres d'aquells cirurgians que, a casa nostra, poden fer més per assegurar la continuïtat d'una excel·lència que ha estat en determinats períodes una autèntica "denominació d'origen" de la cirurgia catalana. Hem de ser generosos, no renunciant a la crítica però sí evitant, en lo possible, aquells conflictes i rivalitats poc fonamentats que ens esterilitzen i ens llastren. Potenciant i reconeixent la capacitat de lideratge serem tots els que millorarem, guanyarem en autoestima i, ben segur, portarem de nou la Cirurgia General al lloc que li correspon.

Cal lluitar per la dignificació de la nostra feina i per la seva millor retribució. Resulta esfereïdor comprovar el gran nombre de MIRs formats en Cirurgia General que actualment es troben a l'atur o bé treballant de forma precària en serveis d'urgències, sovint sense connexió regular amb un servei de cirurgia estructurat.^{22 23} Tots som conscients que aquest problema afecta especialment a nombrosos especialistes que exerceixen a Catalunya. Cal també desenvolupar consens per tal que els càrrecs de cap de servei, de representació institucional i de responsabilitat docent i assistencial del nostre entorn siguin exercits pels companys més ben formats per fer-ho.²⁴ Aquestes posicions no són privilegis socials o de connivència (conveniència) política, són llocs de servei a la professió i de servei als pacients. Si deixem que es continuïn devaluant, ens devaluarem tots nosaltres i col·laborarem així a l'enfosquiment del nostre futur professional i humà.

Antoni Sitges Serra

BIBLIOGRAFIA

¹ Gelfand DV, Podnos YD, Wilson SE, Cooke J, Williams RA. Choosing general surgery: insights into career choices of current medical students. *Arch Surg* 2002; 137:941-5; discussion 945-7.

² McManus IC, Richards P, Winder BC, Sproston KA, Vincent CA. The changing clinical experience of British medical students. *Lancet* 1993; 341:941-4.

³ Moore FD. Surgery for undergraduates. *Lancet* 1978; 2:823 y 1096.

⁴ Sitges-Serra A. Ecosurgery. *Br J Surg* 2002; 89:387-8.

⁵ Gorman PJ, Meier AH, Rawn C, Krummel TM. The future of medical education is no longer blood and guts, it is bits and bytes. *Am J Surg* 2000; 180:353-6.

⁶ Kassirer JP. Too many books, too few journals. *New Engl J Med* 1992; 326:1427-8.

⁷ Sheckler WE. A realistic journal reading plan. *JAMA* 1982; 248:1987-8.

-
- ⁸ Luchette F, Booth FMcl. Booth, Seibel R, Bernstein G, Ricotta J, Hoover E, Hassett JM. Experience as a surgeon determines resident knowledge. *Surgery* 1992; 112:419-22.
- ⁹ Sosa JA, Bowman HM, Tielsch JM, Powe NR, Gordon TA, Udelsman R. The importance of surgeon experience for clinical and economic outcomes from thyroidectomy. *Ann Surg* 1998; 228:320-30.
- ¹⁰ Marusch F, Koch A, Schmidt U, Pross M, Gastinger I, Lippert H. Hospital caseload and the results achieved in patients with rectal cancer. *Br J Surg* 2001; 88:1397-402.
- ¹¹ Goldacre MJ, Ferguson JA, Welch A, Kettlewell MGW. Profiles of workload in general surgery from linked hospital statistics. *Br J Surg* 1993; 80:1073-7.
- ¹² Annual Report (1997-98). The Royal College of Surgeons of Edinburgh. pp. 6-11.
- ¹³ Meyer AA, Fakhry SM, Sheldon GF. Critical care education in general surgery residencies. *Surgery* 1989; 106:392-399.
- ¹⁴ Baldwin PJ, Paisley AM, Brown SP. Consultant surgeons' opinion of the skills required of basic surgical trainees. *Br J Surg* 1999; 86:1078-82.
- ¹⁵ Sitges-Serra A. Research during higher surgical training: a luxury or a must? *Ann Roy Coll Surg* 1995; 77:1-2.
- ¹⁶ Editorial. Does research make for better doctors? *Lancet* 1993; 342:1063-4
- ¹⁷ Nyhus LM, Idezuki Y, Sheldon S, McCusker Ch I , Griffen WO. Creation, evaluation, and continuing assurance of excellence of the certified surgical specialist. *World J Surg* 2000; 24:1519-25.
- ¹⁸ Krizek TJ. Surgical error. Ethical issues of adverse events. *Arch Surg* 2000; 135:1359-66.
- ¹⁹ McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J* 1983; 287:1919-23.
- ²⁰ Macarthur DC, Nixó SJ, Aitken RJ. Avoidable deaths still occur after large bowel surgery. *Br J Surg* 1998; 85:80-3.
- ²¹ McGugan E, Burton H, Nixon SJ, Thompson Am. Deaths following hernia surgery: room for improvement. *J R Coll Surg Edinb* 2000; 183-6.
- ²² Marín Rodríguez P. Análisis de la situación actual de paro y subempleo en los cirujanos españoles. *Cir Esp* 1999; 66:58-60.
- ²³ Fernández-Llamazares J. Panorama actual de la formación del residente en cirugía. *Cir Esp* 1998; 64:509-10.
- ²⁴ Editorial. Spanish universities and the obstacles to development. *Nature* 1998; 396:709.

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

L. Fernández-Cruz

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

Consideració social dels cirurgians

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

Amb aquests avenços insospitats, quines són les raons de la crisi i de la incertesa? Comencem per afirmar que la consideració social dels metges i dels cirurgians en particular està en hores baixes. Les raons són múltiples però algunes són fàcilment identificables: la burocratització de la medicina i la pèrdua progressiva del poder adquisitiu dels metges. Aquesta última raó està fora del control dels metges, però en la burocratització de l'acte mèdic, els mateixos professionals de la medicina són en part responsables per no haver-se rebel·lat en el moment oportú. Recentment, un candidat a una plaça de cap de servei de cirurgia d'un hospital, en la presentació dels mèrits, exposava el nombre d'intervencions en tal o en tal altra cirurgia; en cap moment, es va fer referència a pacients i malalties. El candidat no feia més que respondre el que interessa a l'Administració, el «nombre».

Resulta evident que allò que més hauria d'interessar als professionals en l'art de guarir és el control de qualitat dels processos terapèutics dels pacients tractats. No sé quins canvis s'hauran de produir per revertir la consideració social cap a la classe mèdica. Permeteu-me una intrmissió literària. En l'*Alicia* de Lewis Carroll existeix el relat següent: «"Qui ets tu?", li va preguntar l'eruga.» «"Doncs jo... jo... ara mateix, senyora, ni ho sé. Sí que sé qui era quan aquest matí m'he aixecat, però he hagut de canviar diverses vegades des de llavors", li va respondre Alicia. "Què vols dir amb això? Explica't", li va dir severament l'eruga. "Em temo que no puc exposar-ho amb major claredat", va replicar Alicia.»

La cirurgia en la llicenciatura de Medicina

Com a problema addicional, la cirurgia ha estat relegada en les preferències dels estudiants que s'han de decidir per una determinada especialitat mèdica. Si observem el número que han assolit els MIR que opten per la cirurgia en aquests últims anys direm, per ser benèvols, que molt pocs estan entre els cent primers llocs. Quines són les causes? En primer lloc s'han de buscar en l'organització dels estudis de medicina en un gran nombre de facultats. En el període de llicenciatura la cirurgia com a tal s'ha deixat d'ensenyar ja que l'objectiu d'aquests estudis és formar llicenciats en Medicina i no especialistes. Amb aquests plantejaments els professors de les diferents disciplines mèdiques, incloent-hi la cirurgia, exposen d'una manera molt resumida la fisiopatologia, el diagnòstic i el tractament de les malalties. Quan es parla del tractament quirúrgic, els detalls d'aquest tractament són explicats amb la major senzillesa possible. Per tant, els alumnes en aquest període de la llicenciatura tenen poques possibilitats de conèixer com es desenvolupa l'activitat quirúrgica i el paper del cirurgià. A més, la rotació dels estudiants per les sales d'hospitalització es fa preferentment per les de medicina interna i gastroenterologia. Com a conseqüència d'aquesta realitat, els estudiants tenen poques oportunitats d'entrar al quiròfan. Alguns es queden entusiasmats per com es desenvolupa la vida al quiròfan, i, molts, resten confosos i amb la impressió que gairebé perden el temps. A tot això, s'ha d'afegir que els estudiants perceben que la cirurgia necessita un aprenentatge llarg i que la vida del cirurgià està tenyida de cansament físic i mental, pel nombre d'hores que requereix la professió. I a més a més, cal sumar-hi el fet que els emoluments econòmics no són diferents als que perceben altres col·legues que, per la seva tasca de l'especialitat, no hi inverteixen ni tant d'esforç ni tant de temps.

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

El paper del cirurgià en les organitzacions hospitalàries

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

Em referiré en aquest aspecte a les relacions dels professionals de la medicina amb el col·lectiu de cirurgians. Exposaré uns exemples que, sens dubte, no són el que s'esdevé a la majoria d'institucions hospitalàries però que poden servir d'advertiment per al conjunt. A ningú li resultaria desconegut el relat següent. Un pacient és diagnosticat d'una malaltia que requereix cirurgia. El clínic avisa el malalt que la seva malaltia necessita «la intervenció d'un cirurgià» (moltes vegades sense identificar el nom del cirurgià) que durà a terme una «intervenció relativament senzilla» (infravalorant la importància de l'acte quirúrgic) i reconforta el pacient assenyalant que, quan hagi superat el postoperatori, ell (el clínic) «en dirigirà el control per tornar a posar ordre» en la recuperació del pacient. Aquest presumpte diàleg té en si mateix una càrrega intencionada. Sense desmerèixer la gran importància del diagnòstic de les malalties, ja que constitueix l'alerta per dirigir un tractament, la cirurgia és en molts processos l'única que aconsegueix la curació definitiva de la malaltia: colecistectomia en la litiasi biliar, reparació de l'anatomia del hiat esofàgic en pacients amb reflux gastroesofàgic, paratiroidectomia per al tractament de la hipercalcèmia per hiperparatiroidisme, etc. També, en alguns ambients mèdics, la dependència del cirurgià del metge és tan gran que el converteix en cirurgià amanuense, és a dir, realitza l'acte quirúrgic segons els criteris preestablerts pel col·lega metge. No hi ha dubte que aquesta actitud de submissió de «fer alguna cosa al servei d'algu» suposa una pèrdua de la identitat del cirurgià. Aquestes últimes situacions necessiten, sens dubte, la «mala» col·laboració del cirurgià que se sent «afalagat» per la confiança del metge. He portat a col·lació aquestes actituds per provocar en alguns cirurgians allò que ens ensenya el filòsof Emilio Lledó: «Vigila el que penses perquè sàpigues el que fas.»

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

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

Per tot això, fa falta una autèntica relació professional que doni sentit i identitat als diferents professionals i que faci palpable el paper de protagonista (encara que sigui molt parcial) que correspon a cada un (entre els quals ens trobem els cirurgians). Es tracta, doncs, de trencar el monopoli de la responsabilitat totalitària d'«uns» per la responsabilitat ben diferenciada dels professionals (cirurgians, gastroenteròlegs, anestesistes, endoscopistes, etc.) en els diferents moments en què es desenvolupa l'acte mèdic. Aquesta relació professional sembla reclamar no solament una elegància ètica sinó també de tarannà, d'estil, d'hàbits i de maneres. Davant de la prepotència de qui és l'amo del pacient s'ha de contraposar que el control d'un malalt exigeix reserva i discreció. I no es pot oblidar mai que la responsabilitat professional exigeix mesura, equilibri, ordre, serenitat i, naturalment, autenticitat i aspiració a la veritat. Respecte a això últim els cirurgians han d'intentar que la veritat sigui objectiva, entesa com una correspondència d'una proposició amb els fets.

Formació del cirurgià

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

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

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

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

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

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

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

L'anàlisi de les dades de la *Residency Review Committee* (RRC) dels EUA, sobre un nombre de 880 caps de residents graduats el 1999, han mostrat que la mitjana d'intervencions que aquests residents han fet com a cirurgians va ser de 948 (entre elles 74 intervencions sobre la mama, 104 de cirurgia de les vies biliars, 88 herniorràfies, 31 apendicectomies i 43 colectomies). Aquestes intervencions en particular són les considerades com el conjunt que constitueix la cirurgia general. Aquestes dades estan lluny del que es podria esperar de l'activitat dels residents del nostre país. Malgrat tot, aquest estudi de l'RRC de l'any 1999 també assenyala que els caps de residents havien realitzat com a mitjana una esofagectomia total, una gastrectomia total, quatre intervencions laparoscòpiques per al tractament del reflux gastroesofàgic, tres reseccions hepàtiques, etc. En un altre estudi nord-americà també s'assenyala que, en el camp de la cirurgia endocrina, la mitjana d'intervencions va ser de set a deu sobre la tiroide, dues sobre les paratiroides, una sobre les suprarenals i cap sobre el pàncrees endocrí. La reflexió sobre l'anàlisi del volum d'activitat assistencial dels residents podria portar a pensar que els programes de formació MIR fracassen en els seus objectius de formar especialistes en cirurgia general i de l'aparell digestiu. Potser el més encertat seria no parlar de fracàs, però sí de falta d'una adequació entre els objectius i els resultats obtinguts.

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

Segons la meua opinió, el compliment d'aquests objectius forma cirurgians amb una preparació polivalent que estan en condicions d'assumir les responsabilitats quirúrgiques que els corresponen com a cirurgians generalistes. En realitat serien professionals «especialistes de la desespecialització», professionals flexibles amb una formació que els permet tenir punts de vista prou globals i amplis per poder comprendre d'una manera integral les diferents àrees de l'especialitat de cirurgia general i de l'aparell digestiu. Aquests cirurgians desenvolupen l'habilitat de l'adaptabilitat professional. Tant els grans hospitals com els hospitals comarcals es beneficien de la presència d'aquests professionals que centren la seva activitat en les àrees que el centre pot i vol assumir. Aquesta formació generalista també possibilita la capacitat per desenvolupar una formació subespecialitzada en algunes àrees de cirurgia hepatobiliopancreàtica, esofagogastrintestinal, endocrina o colorectal. La legislació del nostre país no permet de moment reconèixer oficialment subespecialitats en les diferents àrees una vegada ha estat completat el període de residència. Tanmateix, aquests canvis s'hauran de produir perquè els demana tant la societat en general com els hospitals en particular a l'hora de contractar els seus professionals. La Societat Catalana de Cirurgia es proposa treballar en aquest camí al costat de l'Associació Espanyola de Cirurgians.

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

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

La cirurgia en el medi hospitalari

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

Els equips compactes es formen amb la creació d'unitats d'assistència clínica que reuneixen els professionals (cirurgians, clínics, anestesistes, patòlegs, radiòlegs, endoscopistes, oncòlegs, etc.) que són experts en un òrgan determinat o en una malaltia en concret. Els serveis serien mers expenedors d'experts que nodreixen les diferents unitats d'assistència. L'avantatge d'aquesta organització és que manté la integritat dels serveis i la cohesió dels seus membres, que es potencien en els coneixements.

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

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

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

Com a avís per a navegants, vull deixar clar que el Projecte Prisma o d'altres que puguin ser dissenyats per metges gestors i experts en reenginyeria de processos, per tenir èxit, haurien d'encertar a posar l'accent en els aspectes motivacionals de l'estratègia del canvi en l'organització. En el món de l'empresa, és ben conegut que perquè l'estratègia tingui credibilitat s'ha de fonamentar en objectius que tinguin capacitat de mobilitzar tots els membres de l'organització.

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

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

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

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

Els cirurgians cohesionats en el servei de cirurgia (independent de la seva capacitat en una subespecialitat específica) seran els que promouran el projecte estratègic entès com a objectius que tinguin capacitat de mobilitzar tots els membres de l'organització per aconseguir metes ambicioses. D'aquesta manera la cirurgia podrà mirar de cara al futur per aconseguir noves revolucions que millorin l'assistència de l'individu malalt.

Laureà Fernández-Cruz
President de la Societat Catalana de Cirurgia

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

J. Sala Pedrós, L. Fernández-Cruz

Conclusions

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

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

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

Joan Sala Pedrós, Laureà Fernández-Cruz

