



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

PERRIER, JOSÉ PEDRO

Relación gremial con las aseguradoras

Revista Chilena de Cirugía, vol. 60, núm. 4, agosto, 2008, pp. 357-362

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531931017>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DOCUMENTOS

Relación gremial con las aseguradoras* Professional relationship with insurers

Dr. JOSÉ PEDRO PERRIER¹

¹Prof. Clínica Quirúrgica Facultad de Medicina Universidad de la República. Montevideo, Uruguay
Presentado al XVI Congreso Latinoamericano de Cirugía F.E.L.A.C. y LXXX Congreso Chileno e Internacional de Cirugía Noviembre 2007

La ubicación del médico en la sociedad ha cambiado, de la misma manera que lo ha hecho la visión que de la medicina tienen la sociedad y los estados.

El desarrollo de la fisiología y la patología, así como de la bacteriología y de métodos de investigación del ser humano vivo (hoy englobados dentro de la denominación genérica de exámenes paracínicos o de diagnóstico) permitieron estudiarlo mejor y buscar soluciones cada vez más efectivas para el control de las enfermedades. Y, lo que es más, para prevenirlas.

Fue tal vez en la primera mitad del siglo XX que la medicina logró consolidarse con una actividad científica. A partir de entonces el accionar de los médicos fue considerado efectivamente como liberal e independiente.

El médico no sólo era quien podía "curar", sino que fundamentado en un conocimiento casi exclusivo, aconsejaba y elegía por el paciente y su familia, la o las mejores opciones terapéuticas de acuerdo a las circunstancias y a las posibilidades del mismo y de las del medio. Aún trabajando dentro de grandes instituciones, el médico tenía autonomía. Decidía según su real saber o entender o de acuerdo a programas o propuestas realizadas y aprobadas con sus pares. Logró poseer un conocimiento propio, independiente de todos los otros existentes y de profunda repercusión en la sociedad.

Progresivamente los estados recurrieron a la aplicación de esos conocimientos para mejorar el estándar de vida de sus ciudadanos, protegiendo su salud y facilitando la recuperación de la misma cuando era perdida.

Este dominio de la salud cada vez mayor, acompañado del mejoramiento de las condiciones de vida, de la alimentación, de las condiciones de trabajo, en las que el conocimiento médico también tuvo importancia, llevaron a un lento y sostenido incremento de la expectativa de vida de los ciudadanos. Y si bien no todos los hábitos que incorporó la sociedad fueron saludables, fueron la propia experiencia y conocimiento médico los que lentamente los ha ido combatiendo, promoviendo a su vez, actividades o actitudes para contrarrestarlos.

La cirugía y los cirujanos formaron parte de este proceso, con iguales características evolutivas pero con las variantes propias de nuestra especialidad.

El progresivo y cada vez mayor desarrollo del conocimiento médico y quirúrgico impidieron dominar todos los aspectos de la medicina y de la cirugía y así, lentamente fueron naciendo y separándose, en nuestro caso de la cirugía general, las diferentes especialidades quirúrgicas, que estaban bastante bien definidas sobre los mediados del siglo XX.

La presencia de las Sociedades Científicas, permitió por un lado la autorregulación de la medi-

*Recibido el 7 de Marzo de 2008 y aceptado para publicación el 20 de Marzo de 2008.
Correspondencia: Dr José P. Perrier

Rambla Armenia 1606. Ap.002
Montevideo, Uruguay
e-mail: perrier@chasque.net

cina al controlar, a veces en forma directa y otras indirectamente, la actividad de los médicos. Por otro, promovió el desarrollo profesional médico continuo mediante el intercambio de conocimientos entre los pares. Las publicaciones científicas y su divulgación, los congresos y todas las instancias nacionales e internacionales de actualización e intercambio fueron permitiendo conocer lo nuevo, tener acceso a los resultados y obtener puntos de referencia, de consulta y de metas a alcanzar o patrones en los que compararse para todos los cirujanos del mundo.

Los Tribunales de Ética y las Colegiaciones que los médicos se autoimpusieron, garantizaron a través de sus entidades nucleadoras, en general científicas, el aval de seriedad y responsabilidad con el que, frente a la sociedad y a los estados, garantizaron y controlaron la acción desarrollada por sus miembros.

Estos elementos, fueron los que, analizados retrospectivamente, dotaron a la actividad médica de profesionalidad o profesionalismo, diferenciándola de cualquier oficio, en donde el conocimiento especializado es útil y necesario para la sociedad, pero carece de los otros atributos que definen al profesional.

El modelo asistencial hasta la primera mitad del siglo XX era el de la medicina paternalista. El médico tenía una relación muy directa con el paciente y su familia. Tenía su grupo de influencia. El eje de la asistencia se hacía en una relación de confianza recíproca, difícilmente cuestionada, la llamada relación médico-paciente

Pero, desde el inicio de la segunda mitad del siglo XX a nuestros días, en forma lenta y paulatina, a diferentes velocidades, en casi todo el mundo, se produjo un cambio progresivo en el perfil del médico, en sus condiciones de trabajo y en su ubicación frente a la sociedad y al estado.

Para ese cambio confluyeron una serie de factores, de entre los cuales señalaremos los más significativos.

Tal vez el primero y más importante haya sido el vertiginoso y maravilloso desarrollo de la tecnología y de la industria farmacéutica que lograron un impacto en la actividad médica impensado y sorprendente aún hoy día. Las posibilidades diagnósticas y terapéuticas han sido y son cada vez mayores. El incremento del conocimiento y de las técnicas ha sido tan grande que han aparecido nuevas especialidades y sub-especialidades.

Todos estos adelantos, además de mejorar los resultados en diagnóstico y tratamiento, han mejorado la supervivencia y expectativa de vida global y también han ido aumentando significativamente los

costos. Costos absolutos imposibles de absorber individualmente para la mayor parte de la población mundial, y difíciles de garantizar por los gobiernos para todos sus ciudadanos.

Como consecuencia de ello, tanto los particulares como los gobiernos, buscaron soluciones para intentar garantizar el acceso al cuidado de la salud, cada vez más oneroso, de la manera más integral posible.

Los gobiernos recurrieron a las normas reguladoras o a los sistemas de control y en muchos casos a la creación de sistemas asistenciales de salud, ya en competencia con sectores privados de la sociedad, ya complementario a ellos encargándose de los sectores de menores recursos o ya monopolizándola como una obligación intransferible.

Los particulares recurrieron a la creación de sistemas de ayuda mutua o de seguros de salud, con diferentes modalidades operativas, como forma de ofrecer asistencia.

Seguramente cuando comenzaron estos cambios, en todos los países, hubo cirujanos y médicos inteligentes que se dieron cuenta del porvenir frente a los cambios en el modelo asistencial que se iban produciendo. En el Uruguay, el Profesor de Cirugía Dr. Abel Chifflet¹, escribía en al año 1963: "la evolución de la asistencia corporativa impuesta por los altos costos asistenciales, por la exigencia de un seguro de salud y por la división incesante de las especialidades médicas, va a conducir a importantes progresos técnicos en manos de los grandes de la cirugía, pero va a bajar la eficacia de la cirugía corriente en manos de quienes buscan la solución económica y viven absorbidos en tareas de ejecución operatoria. Las autoridades administrativas de las corporaciones asistenciales deberán tomar medidas de control que conducirán a conflictos por lógica reacción del cirujano al sentirse disminuido en su actividad profesional". El análisis de la situación actual en casi todos los países de mundo me exime de hacer comentarios sobre lo premonitorio de estas palabras.

En 1996, a 33 años de la sentencia del Prof. Chifflet, el Profesor G. Maddern², de Australia, decía: "los cambios en el sistema de salud parecen acelerarse. La cirugía y los cirujanos no serán capaces de ocultarse por mucho más tiempo detrás de edificios impresionantes y tradiciones eternas. La contención de costos, las "mejores" prácticas, los derechos de los pacientes, las reclamaciones por mala práctica y las nuevas tecnologías están volviendo a muchos hospitales y cirujanos perplejos y vulnerables frente a cambios que parecen poco preparados para enfrentarse".

Hoy día, otros reconocidos médicos y cirujanos están haciendo una prolífica campaña en defender y recuperar los valores perdidos de nuestra profesionalidad y en plantearse cómo enfrentar el nuevo paradigma de la medicina. De entre ellos quisiera destacar a dos hispano parlantes, uno cirujano, el Prof. Félix Patiño³⁻⁵, de Colombia, y otro médico, el Prof. Hélios Pardell⁶⁻⁸, de España.

Pero no sólo ha cambiado la organización asistencial y el relacionamiento del médico con esas organizaciones y con los pacientes, sino que otros factores se han ido agregando haciendo cada vez más complejo el ejercicio profesional.

El desarrollo tecnológico en las comunicaciones ha tenido efectos favorables y a veces muy perturbadores para la acción médica. Por un lado ha permitido una comunicación mucho más rápida del conocimiento médico y una posibilidad directa de consulta profesional entre colegas, en forma casi inmediata, en un mismo país e incluso en diferentes países y continentes. Pero por otro, ha permitido el acceso no restringido de la población al conocimiento médico. Ha permitido que de alguna manera y sin bases sólidas como para poder descifrar los contenidos y sus razones y consecuencias, el ciudadano común se "apropie" transitoriamente de ese conocimiento para utilizarlo o exigirlo en su atención como paciente.

De esta forma, uno de los patrimonios de nuestra profesionalidad, que era un caudal de conocimiento exclusivo y propio, está permanentemente acechado en estos días.

Por otro lado, sin entrar a discutir su conveniencia estratégica, la tendencia actual de las políticas de salud de muchos estados es poner el énfasis en los recursos destinados a la asistencia en el primer nivel de atención, desviando los recursos financieros a ese sector en detrimento de otros, especialmente los destinados a la cirugía y medicina altamente tecnificada, con las limitaciones y perjuicios que ello crea en la resolución de los casos que las necesitan.

Un nuevo factor en juego es la justa, pero en algunos países, exagerada apología de los derechos humanos, que han ido "elastizando" su alcance, hasta llevarlo a extremos difíciles de compatibilizar con una adecuada y justa asistencia médica. Generando, incluso mediante leyes, una asimetría significativa en la relación entre el médico y el paciente, determinando un cambio sustantivo en esa relación. Se han establecido una larga lista de derechos de los pacientes, que tienen muy pocas obligaciones y otra también larga de obligaciones de los médicos, que tiene muy pocos derechos.

Otro aspecto a destacar es la preocupación

por los costos, que ha hecho mejorar en muchos aspectos la gestión del médico y del cirujano. La obligación ética y social de administrar bien los recursos económicos y materiales finitos, para hacer una correcta justicia distributiva, ha llevado a racionalizar los procedimientos diagnósticos y las opciones terapéuticas buscando la mejor relación de costo-efectividad (resultados en salud), lo que es plausible y recomendable.

Sin embargo, en los nuevos paradigmas de la organización de la asistencia, el "empleador", sea el estado, o sea el asegurador, especialmente este último, miran más el rendimiento por la mejora en la relación costo-beneficio (ganancia económica).

Lo mismo sucede en cuanto a la calidad de la asistencia. El análisis y control de la morbi-mortalidad y el desarrollo de técnicas menos invasivas han mejorado algunos aspectos vinculados al confort de muchas prestaciones. La preocupación del médico en cuanto a brindar una asistencia de calidad pasa por una adecuada prevención y una eficiente recuperación de la salud, mediante los procedimientos y técnicas más adecuadas, acompañando permanentemente de cerca a su paciente.

En cambio el asegurador y el empleador, está más preocupado por no tener problemas, en mejorar el rendimiento económico y fundamentalmente lograr la satisfacción del cliente. Su principal objetivo es comercial, que el paciente, considerado como: el "cliente", quede conforme; lo que no es similar (aunque a veces pueda serlo) a que haya recibido una asistencia médica de buena calidad.

Si bien en términos generales, algunas de estas nuevas encrucijadas han tenido consecuencias favorables en la práctica asistencial, como hemos ido señalando, es innegable que han modificado de manera significativa la manera de actuar del médico y su relacionamiento con el paciente y con la sociedad.

Las preocupaciones de los administradores de los sistemas o de las compañías de cuidado de la salud, referidas más al beneficio y rendimiento económico, han interferido directamente en la actividad médica y en la calidad de la asistencia. Ya sea, por ejemplo, limitando el uso de determinadas técnicas o procedimientos, u obligando al médico a hacer gestiones personales de tipo administrativo para el uso de los mismos, o condicionando su uso a que sea realizado con ejecutantes de bajo costo prescindiendo de la calidad. Miran más los resultados por el costo, que por la calidad y la humanización de la asistencia.

Cambiaron las relaciones de los médicos y los pacientes dentro del sistema asistencial, ya sea público con mayor o menor socialización, o privado,

como empleado o "seudo" independiente al servicio de un sistema de seguros.

Se pasó de una relación directa con el paciente y su familia a una relación mediatisada y controlada por terceros, la mayoría de las veces no médicos. Se introdujo en la relación médico-paciente un co-protagonista oculto (pero que condiciona la relación y la acción). Y, a su vez, esto genera confusión, porque hace que el paciente confunda o interprete lo que son actos o normativas institucionales, que el médico debe respetar como consecuencia directa de su relación de trabajo, con decisiones discrecionales del médico tratante. El paciente o sus familiares hacen responsable al médico de disposiciones o exigencias que el sistema asistencial impone al médico y que este debe respetar. En esos casos el médico "pone la cara" por el empleador o el asegurador, pero el paciente no se percata de ello y cree o entiende que las decisiones son de total responsabilidad del médico, cuando la mayoría de las veces las impone el sistema.

El médico dejó de ser un profesional independiente y autónomo. Pasó a ser dependiente. Según los sistemas de los diferentes países, o es un empleado del estado, regido por el sistema burocrático y las leyes y decretos que regulan las actividades de los empleados públicos o estatales; o en la actividad particular, es un empleado sometido a leyes laborales y reglamentaciones similares a las de los trabajadores particulares de la industria o de las empresas comerciales. En otras situaciones puede ser un trabajador semi-independiente, condicionado por reglamentaciones o disposiciones de las compañías aseguradoras que hacen las veces de intermediarios financieros entre el médico y el paciente. En estos últimos casos, sus vinculaciones laborales son de dependencia directa con un empleador o indirectas a través de una aseguradora.

La tendencia progresiva en el mundo es que la menor parte de las cirugías es la que se realiza en forma particular, en relación directa entre el paciente y su familia y el médico.

Actualmente, la sociedad, en su mayor parte, no acepta ni reconoce la posición del médico paternalista, que piensa y decide lo mejor para el paciente. Su vocación de profesional al servicio de la sociedad, basada en el uso del conocimiento, la experiencia y la elaboración de hipótesis diagnósticas y terapéuticas que adornaban al arte y la ciencia médica, ha dado paso y ha sido transformada en una actividad de servicio, altamente tecnificado pero servicio al fin, regulada por leyes y disposiciones comunes al del resto de las actividades de servicio. Lentamente se le ha dejado de reconocer

explícitamente lo que tiene la actividad médica de ciencia y de arte. La relación médico-paciente ha sido transformada en una relación entre proveedor y cliente, o entre prestador y usuario o consumidor. En muchos países los derechos de los pacientes se incluyen en las leyes de los derechos del consumidor.

Se ha deshumanizado la relación médico-paciente que tenía como fin preservar o recuperar un bien, la salud integral. Se la ha llevado a una relación de consumo, una relación comercial, en donde el paciente tiene derecho a ser tratado porque él o alguien (el estado) pagan. La salud que es reconocida como un derecho se la analiza como un bien comercial.

En oportunidades se buscan mecanismos, técnicas y planes de tratamiento en los cuales las relaciones de costo-beneficio y rendimiento comercial están por encima de la consideración más humana de la persona.

El médico pasó de ser un consejero amigo con poder de decisión en los aspectos vinculados a la salud a un asesor comercial de opciones terapéuticas cuya solución u oportunidad muchas veces tiene que "negociar" con el asegurador o el responsable del sistema, por las limitaciones y condicionamientos que le impone, en general sin consenso previo.

Muchas de las políticas asistenciales que hemos desarrollado los cirujanos en esta nueva coyuntura: presionados por la industria por un lado, por los prestadores por otro, por nuestras propias inquietudes han llevado a nuevas políticas asistenciales sin preguntarnos si en realidad todas ellas, ¿son mejores para los pacientes? ¿Realmente los consultamos antes de tomar las decisiones, proponerlas y llevarlas a la práctica? ¿O fueron desarrolladas porque son más rendidoras económica y reportan más beneficios a los aseguradores? Incluyo en esto algunas de las cirugías del día, de las altas ultra-precoce con controles domiciliarios personales o telefónicos, etc. La experiencia ha demostrado que se pueden hacer, pero está bien hacerlo? ¿Si el paciente fuera yo, me gustaría (conociendo a veces los riesgos que corro) que me asistieran así? ¿No será esta actitud tan despersonalizada la que en parte ha hecho que el paciente sienta que importa más lo que genera en gastos que su confort? No todo lo que es posible es bueno o está justificado. ¿Realmente estamos convencidos de su conveniencia para el paciente o nos convencieron los números de costos y gastos de los administradores?

Los mecanismos internos de autorregulación del conocimiento y del accionar de los médicos han

sido sustituidos por la judicialización de la medicina. Por momentos se olvida que la medicina es una ciencia biológica y por lo tanto inexacta; que la toma de decisiones se hace en un panorama de incertidumbre y que lo que se le debe exigir al médico es que actúe con diligencia, prudencia y conocimientos. Ello ha llevado a que se realice una medicina defensiva mucho más cara o mucho menos efectiva para curar al paciente, pero menos riesgosa de ser demandada.

La medicina no pude asegurar resultados. Pero, como el paciente dejó de serlo y se transformó en usuario, cliente, o consumidor, cuando se siente "insatisfecho" por los resultados "de la mercancía comprada" (el tratamiento de su salud) rápidamente está dispuesto a iniciar cualquier tipo de demanda, la mayor parte de las veces injustificada, buscando un beneficio económico y favorecido por una industria de oportunistas de otras profesiones que se amparan en la defensa a ultranza de los derechos del ciudadano, para sacar de ello su provecho económico y casi sin riesgos para su ejercicio profesional.

Por otro lado, las aseguradoras de los médicos, otro actor que interviene en estos nuevos relacionamientos, muchas veces llegan a conciliaciones o arreglos económicos, independientemente de que el médico tenga responsabilidad o no, pero aceptando tácitamente su culpa por ser una opción menos riesgosa y conveniente para la compañía.

Si analizamos las distintas realidades de la práctica médica y quirúrgica en estas nuevas formas de relacionamiento y ejercicio de la profesión, llegamos a la conclusión que: cuanto mayor la interferencia del estado en al reglamentación de las políticas de salud y condiciones del trabajo médico, menor ha sido el desarrollo de la medicina. Ello se debe a que se limita al médico a una actividad asistencial controlada y acotada de forma que el desarrollo y avance científico se ven hipotecados. Cuanto mayor la independencia del médico y la organización de su actividad en instituciones asistenciales que busquen la superación y la calidad, programadas, controladas y auditadas por los propios médicos, mayor es el avance científico y mejor el nivel asistencial.

¿CÓMO MEJORAR LA SITUACIÓN ACTUAL O CÓMO EVITAR LLEGAR A ELLA?

En la mayoría de los países existe la posibilidad de agremiarse o sindicalizarse. Estos términos que surgen de las relaciones de trabajo donde hay patrones y empleados, parecería no adecuada para una profesión que se considera tal. Sin embargo la

evidencia de los hechos hace que debamos reconocer que de alguna manera, lenta pero progresivamente, el cirujano, como el médico, se han ido transformando en profesionales en mayor o menor grado dependientes.

Probablemente, al carecer los cirujanos de sistemas adecuados de autodefensa de los intereses profesionales hemos ido llegando a algunos extremos no deseables en las condiciones del ejercicio de la profesión.

Los gremios en general tienen su fuerza en el poder de convocatoria, en el interés colectivo en la mejora de las remuneraciones y en las posibilidades de obtener mejoras en las condiciones de trabajo o en los beneficios secundarios por desarrollarlos.

Los reclamos de los médicos, sobre todo cuando se refieren a condiciones de trabajo y remuneraciones no son bien vistos por la población, que en esos casos les recuerda su vocación de servicio, de apostolado, de desinterés, su juramento Hipocrático, etc., ya que cuando quiere, ve al médico como un profesional de confianza.

Sin embargo, nosotros pensamos que deben ser las Sociedades Científicas de los Cirujanos las que deben asumir el papel de nuclear, representar, reclamar y negociar las condiciones laborales de sus representados frente a cualquier cambio que se quiera imponer o se haya impuesto. Ellas deben ser las encargadas de suscribir un nuevo contrato social con la sociedad y con el estado.

Las Sociedades Científicas tienen una trayectoria, una representatividad y una responsabilidad ética y moral frente a la Sociedad que no siempre la tienen los gremios.

El prestigio de la investigación y del desarrollo científico que pone al alcance de todos sus integrantes, su comités de auditoría que regulan la actividad de sus miembros, la presencia de tribunales de ética, las posibilidades de consensuar conductas y tratamientos dando forma a la "lex artis", tan reconocida por la jurisprudencia como el patrón medida de la conducta de los cirujanos en casos de litigio; el conocimiento de las características propias de la actividad del cirujano, diferentes a las de otras especialidades médicas, ni mejor ni peor, sino diferente, distinta, le dan suficiente autoridad a las Sociedades Científicas Quirúrgicas como para poder asumir el rol de representar y defender los intereses del colectivo de los cirujanos.

Por otro lado, son las Sociedades Científicas Quirúrgicas las que tiene que asumir frente a la sociedad un papel regulador de la actividad de los cirujanos que les devuelva dentro de lo posible, las

características propias del profesionalismo, amenazado y parcialmente perdido en las nuevas condiciones de trabajo, sea en el sector público como en el privado. Son las que deben promover nuevas condiciones de trabajo que le aseguren los atributos propios de la profesionalidad.

Las Sociedades Científicas Quirúrgicas deben aprender y enseñar a manejar el error con criterio formativo y no punitivo, para poder reconocer las propias limitaciones y los apartamientos inexcusables de una correcta práctica, si los hay.

Las Sociedades Científicas Quirúrgicas deben controlar y asegurar la conducta ética de sus miembros y deben asegurar y controlar el desarrollo profesional continuo de sus asociados; deben sugerir y consensuar planes de diagnóstico y tratamiento; deben ser capaces de realizar auditorias internas y externas; de la actividad de los colegas y también de las instituciones asistenciales y de los sistemas de prestación, para poder informar a la sociedad acerca de la calidad de asistencia ofrecida.

Las Sociedades Científicas Quirúrgicas deben ofrecer o reclamar la posibilidad de ser oídos por los organismos nacionales o laborales en lo que se refiere a políticas de salud, aplicación de nueva tecnología, condiciones de trabajo de los cirujanos, capacitación. Deben bregar para que dentro del sistema de salud del país, sea de asistencia pública o privada o mixta, la opinión de los cirujanos sea tenida en cuenta.

En nuestro país, el médico se transformó en un asalariado. Pese a que habían dos poderosas gremiales médicas, una de la capital y otra del resto del país, y de las que individualmente formábamos parte, debimos negociar nuestras condiciones de trabajo y remunerativas, en forma directa, independientemente del resto de los médicos. Como Sociedad Científica nos asociamos de hecho con el resto de las Sociedades Científicas Quirúrgicas, Ginecológicas y de Anestesiólogos formando lo que se ha llamado las Mesa Anestésico Quirúrgica y luchamos solos por mejoras en nuestro sistema de trabajo. Y lo logramos. Y seguimos luchando. En términos generales, en casi todos los países, los anestesiólogos y especialistas quirúrgicos son aproximadamente el 20% del total de los médicos en actividad. Salvo en situaciones muy puntuales, los intereses y las soluciones no van a coincidir con las del resto de los médicos. Para empezar, la inmensa mayoría de

ellos no trabajan en un Hospital o Centro Hospitalario como lo hacen los cirujanos y los anestesiólogos y eso hace que las realidades laborales y los riesgos profesionales sean diferentes. Esa fue la razón de nuestra independencia.

Las Sociedades Científicas Quirúrgicas, agregan a lo gremial, el peso específico de su prestigio, responsabilidad científica y de actualización profesional, y si bien, los cirujanos más antiguos, todavía con resabios de las viejas relaciones laborales, inicialmente no querían mezclar lo científico con lo gremial, el peso de los hechos, la realidades de las condiciones laborales a las que hemos estado haciendo referencia, las limitaciones que ponen al desarrollo de la actividad científica y los condicionamientos económicos y de laborales de los nuevos modelos, terminaron por convencerlos de que era mejor y más efectiva la defensa de los intereses de los cirujanos desde el propio seno de su institución. Siempre debemos tener presente que en la medida que los cirujanos no nos representemos, alguien ocupará ese lugar, y seguramente no lo hará mejor que nosotros.

Recordando una frase de José Artigas, prócer de la independencia de nuestro país, Uruguay: "nada podemos esperar sino de nosotros mismos."

REFERENCIAS

1. Chifflet A. Cirugía. Una mirada hacia el futuro. Medicina en el Uruguay. Montevideo. Laboratorio Warner Chilcott 1963.
2. Maddern G. The changing pattern of Surgery. Br J Surgery 1996; 83: 145.
3. Patiño JF. Discurso de posesión del académico José Félix Patiño Restrepo como Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Rev Colomb Cir 1998; 13: 61-64.
4. Patiño JF. La profesión médica. La reforma de la salud. Discurso de posesión. Medicina 1998; 20: 1-5.
5. Patiño JF. La desprofesionalización de la medicina. En Colombia. Acta Médica Colombiana 2001; 26; 46-49.
6. Pardell H. La acreditación de la formación médica continuada. Hechos y controversias. Educación Médica 2006; 9: 201-206.
7. Pardell H. ¿Qué significa ser médico, hoy? Medicina Clínica 2007; 122: 17-22.
8. Borrell-Carrión F, Epstein Rm, Pardell Avento H. Profesionalidad y Profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia, Medicina Clínica 2006; 127: 337-342.