



Cirujanos que envejecen

Tenemos que hablar

Dr. Fabián Vítolo
Comisión de Directores Médicos de ADECRA
Reunión Mensual
5 de marzo 2026



El Elefante en el Quirófano: El "Código de Silencio"

El Conflicto

Existe una tensión no resuelta entre la identidad del cirujano (el "héroe") y la seguridad del paciente.

La Realidad Operativa

Enfermería, residentes y anestesiólogos suelen ser los primeros en notar el declive (olvidos, tardanzas, cambios de humor), pero la cultura jerárquica impide el reporte efectivo.

El Riesgo

Se generan "maniobras de rescate" informales (ej. asignar residentes senior para "cuidar" al cirujano mayor) que enmascaran el riesgo real hasta que ocurre un evento adverso.

El talento técnico no detiene el reloj biológico. La inacción institucional no es respeto: es negligencia

El “Tsunami Plateado”: una realidad demográfica inevitable

Aging Workforce



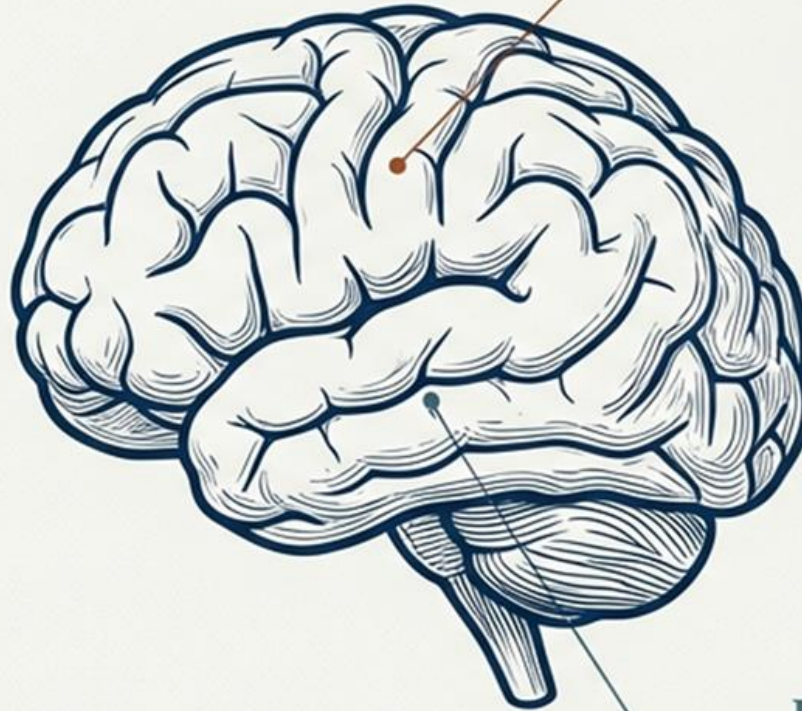
- **EE.UU. (ACS):** Más del 40% de los cirujanos activos tienen 55 años o más. Se estima que 20,000 cirujanos septuagenarios continúan operando.
- **Tendencia Global:** En Australia/Nueva Zelanda, 1 de cada 5 cirujanos supera los 65 años.
- **La Brecha de Reemplazo:** En áreas rurales, el 60% de los cirujanos generales está próximo al retiro sin relevo suficiente.

No es una anomalía estadística; es la nueva normalidad de la fuerza laboral quirúrgica.

La biología del declive

Deterioro Sensorial

Disminución de agudeza visual y audición. Los cirujanos >55 años requieren 100% más iluminación para un rendimiento óptimo.



Inteligencia Fluida (Declina)

Velocidad de procesamiento, memoria operativa, atención sostenida y resolución de problemas nuevos.

Fatiga Cognitiva

Menor reserva para tolerar cirugías prolongadas o estrés agudo.

Inteligencia Cristalizada (Se mantiene)

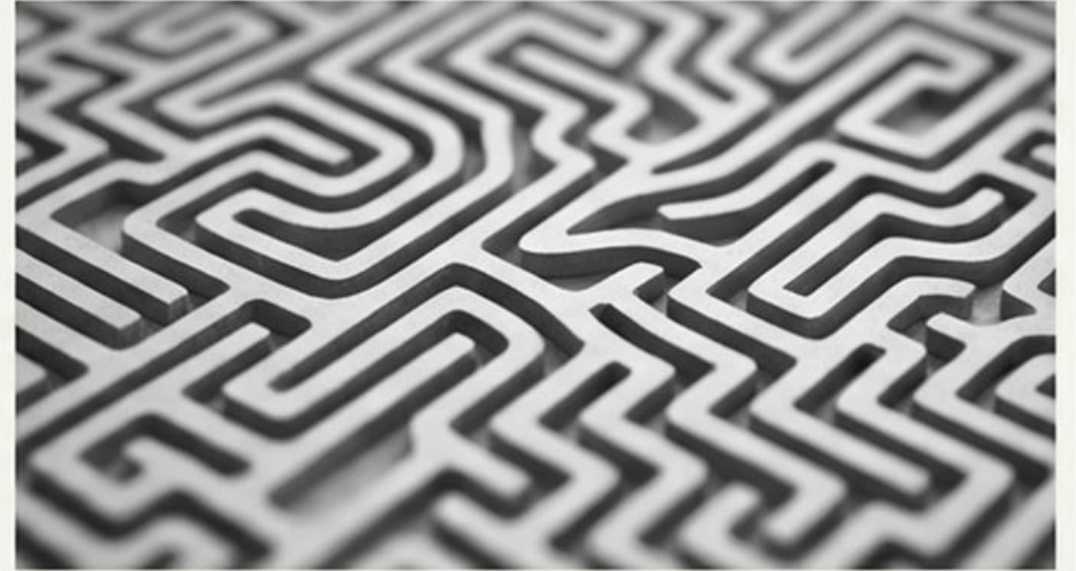
Sabiduría acumulada, vocabulario y conocimiento semántico.

El gran distractor: psicomotricidad vs. juicio clínico



Velocidad Psicomotriz

El 98.2% mantiene velocidad normal



Flexibilidad Cognitiva

Declina significativamente con la edad.

El Peligro: La apariencia de competencia técnica ('manos rápidas') puede enmascarar déficits profundos en la toma de decisiones críticas ('juicio lento') y en el aprendizaje de nuevas tecnologías.

La paradoja de la experiencia: ¿riesgo o activo?



Remoteness of education: Cuanto mayor es la distancia desde la formación inicial, mayor es la brecha con los estándares actuales si no hay educación continua robusta

La ilusión de competencia: por qué la autoevaluación falla



- **Anosognosia Profesional:** Los médicos tienen una capacidad limitada para autoevaluar su deterioro (Efecto Dunning-Kruger).
- **La Realidad de los Datos:** Solo el 32% de los cirujanos percibe cambios en su memoria, a pesar de la evidencia objetiva de declive.
- **Narcisismo Profesional:** Una construcción defensiva de la identidad ('Soy lo que opero') que impide aceptar la vulnerabilidad.

“

“La mayoría de la evidencia sugiere que los médicos tienen una capacidad muy limitada para autoevaluar sus competencias.” — Davis et al., JAMA.

Resistencia al retiro: factores predisponentes



Identidad Fusiónada

No es lo que hago, es lo que soy. El retiro se vive como una pérdida de estatus y propósito.



Miedo al Vacío

Falta de hobbies o intereses fuera de la medicina.



Factores Económicos

Planificación financiera deficiente o necesidad de mantener ingresos.

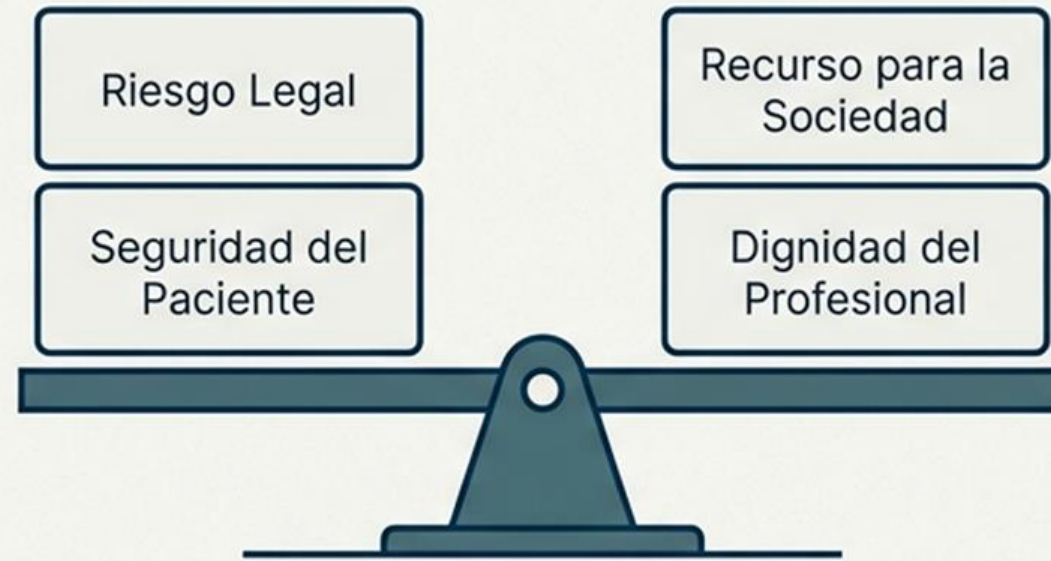


Cultura del Héroe

La creencia de ser indispensable para el servicio.

Insight RR.HH.: El retiro debe gestionarse como un duelo profesional, no como un trámite administrativo.

La dimensión ética: autonomía vs. beneficencia



- **El Dilema:** ¿Pesa más el derecho del cirujano a trabajar o el derecho del paciente a la seguridad?
- **Imperativo:** 'Saber parar' es el acto ético final de una carrera exitosa.
- **Dignidad:** No se protege ocultando fallas, sino gestionando la transición antes de que ocurra el daño.

La dimensión médico-legal: responsabilidad institucional



Culpa in Vigilando:

La institución es responsable por omisión de supervisión. La inacción ante señales de alerta (quejas, rumores) constituye negligencia administrativa.

Discriminación vs. Seguridad:

La clave legal no es evaluar por *edad cronológica* (lo cual viola la ADEA), sino por *competencia funcional* (*Bona Fide Occupational Qualification*).

Un evento adverso causado por un cirujano con deterioro conocido es indefendible en un juicio.

Gobernanza quirúrgica: el rol de las instituciones



Posición del American College of Surgeons, 2016

- **Los cirujanos no son inmunes al deterioro** relacionado con la edad de las habilidades físicas y cognitivas
- **Es posible que los cirujanos, por sí mismos, no reconozcan el deterioro** de su función física y cognitiva y de sus habilidades clínicas relacionadas con la edad
- **La consideración de una edad de jubilación obligatoria debería ser reemplazada por una evaluación objetiva de la aptitud.**
- **Se recomienda que, a partir de los 65 a los 70 años, los cirujanos se sometan a exámenes voluntarios y exámenes físicos de referencia** confidenciales y pruebas visuales realizadas por su médico personal para una evaluación general de su salud



Posición del American College of Surgeons, 2016

- Los colegas y el personal deben poder presentar y expresar **libremente preocupaciones legítimas** sobre el desempeño de un cirujano y el aparente declive relacionado con la edad al personal médico, a los Jefes de servicio/departamento o a las autoridades del hospital sin temor a represalias
- El **resultado de la atención de sus pacientes es la medida máxima de calidad, competencia** y seguridad para cirujanos de todas las edades
- Las decisiones con respecto a los privilegios hospitalarios y quirúrgicos del cirujano deben tomarse a nivel del Dto de personal y / o del hospital solo después de una evaluación cuidadosa de toda la evidencia disponible.
- Los cirujanos que renuncian a sus funciones clínicas **pueden contribuir significativamente a la enseñanza, la asistencia quirúrgica, la investigación o la administración**



De la edad cronológica a la edad funcional

Evaluación Objetiva (Modelos)

- **Evaluación 'Whole-of-Career' (ACS):** Monitoreo continuo desde el inicio para establecer línea base, evitando estigma.
- **Aging Surgeon Program (Sinai):** Evaluación multidisciplinaria de 2 días (física, visual, neurocognitiva).
- **Política Stanford:** Evaluación obligatoria bienal a partir de los 75 años (revisión de pares + examen físico).

Herramientas



MicroCog

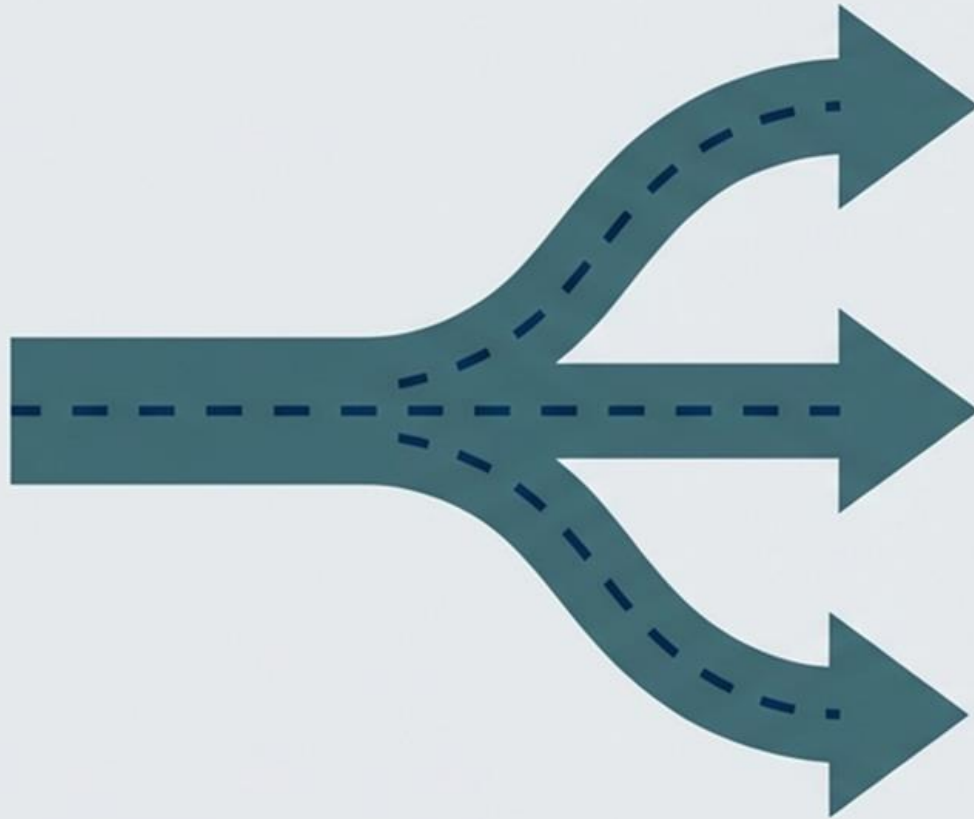


Examen Físico



Revisión de Pares

Estrategias de transición segura: “el aterrizaje suave”



Modificación de Privilegios

Reducción de complejidad,
eliminación de guardias nocturnas.

Job-Sharing

Cirujano senior comparte casos con
un junior. Transferencia de
experiencia + seguridad técnica.

Nuevos Roles

Asistente principal, mentoría,
comités de calidad, consultoría.

****Seguro de Cola:****
Planificación esencial
de la cobertura legal
post-retiro.

Cuando nadie actúa: análisis del fracaso sistémico



El costo de la conversación difícil es infinitamente menor que el costo del desastre.



Reflexión Final: Dignidad y Legado

“Los límites los conozco bien, pero no los acepto. Los admito únicamente porque no tengo otro remedio.” — Norberto Bobbio, *De Senectute*.

Implementar políticas proactivas hoy para proteger a los pacientes y honrar la trayectoria de nuestros cirujanos mañana.