



Enero-Marzo 2026
Vol. 4, núm. 1 / pp. 64-68

Recibido: 13 de Abril de 2025
Aceptado: 20 de Junio de 2025

doi: 10.35366/121961



Palabras clave:

procedimientos innecesarios,
ética quirúrgica,
consentimiento informado,
sobreutilización médica,
toma de decisiones clínicas,
conflicto de intereses.

Keywords:

*unnecessary procedures,
surgical ethics, informed
consent, medical overuse,
clinical decision-making,
conflict of interest.*

* Docente Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de
Guadalajara. Presidente Comité
de Bioética, Centro Médico Puerta
de Hierro Andares, Andares
Zapopan. Cirujano Ortopedista
y Traumatólogo, Bioeticista.
ORCID: 0009-0009-3171-363X

Correspondencia:

José Carlos Cortés Sandoval

E-mail:

drortes@hombroycodo.com.mx
jose.cortes@edu.uag.mx
drcarlosortes@hotmail.com

Cirugías innecesarias: la ética es un cálculo de conveniencia. Parte I

Unnecessary surgeries: ethics is a calculation of convenience. Part I

José Carlos Cortés Sandoval*

RESUMEN

Esta revisión narrativa explora el fenómeno de las cirugías innecesarias en la práctica ortopédica desde una perspectiva clínica, ética y económica integrada. Se examinan las condiciones estructurales que favorecen estas intervenciones, especialmente en sistemas influenciados por esquemas de pago por acto médico, una formación bioética deficiente y dinámicas de poder asimétricas en la relación médico-paciente. El concepto central del análisis es el del paternalismo médico zalamero, un patrón de comportamiento caracterizado por el uso calculado de la empatía para influir en el consentimiento del paciente. Esta forma de paternalismo explota la asimetría informativa y evita la toma de decisiones basadas en evidencia, conduciendo con frecuencia a intervenciones quirúrgicas sin justificación clínica. La crítica del filósofo chileno Gastón Soublette a la ética contemporánea ofrece una lente conceptual para interpretar esta dinámica: en una era de información acelerada, “la verdadera ética ha sido reemplazada por el cálculo, el cálculo de lo que conviene”. Esta idea no se presenta como una propuesta normativa, sino como un diagnóstico que enmarca la desconexión entre el discurso ético y la práctica clínica real. En ciertos entornos institucionales, la ética ha dejado de guiar decisiones y se instrumentaliza como justificación de lo conveniente y rentable. La evidencia empírica respalda la urgencia de atender esta problemática. Se estima que entre el 20 y 70% de los procedimientos quirúrgicos a nivel mundial podrían ser innecesarios. En México, sólo en 2023, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reportó 22 quejas formales por cirugías innecesarias, distribuidas equitativamente entre los sectores público y privado. En clínicas de columna, auditorías han revelado que hasta el 60% de los procedimientos propuestos carecen de justificación suficiente. Estas cifras ponen de manifiesto un uso excesivo sistémico que no sólo sobrecarga económicamente a los sistemas de salud, sino que también compromete la seguridad y la autonomía del paciente. Este artículo constituye la primera parte de un estudio en dos entregas. Proporciona la base conceptual y empírica para la propuesta del modelo de **hospital ético**, que se presentará en la parte II. Dicho modelo integra bioética, herramientas digitales y gobernanza sostenible para realinear la toma de decisiones quirúrgicas con estándares centrados en el paciente y basados en evidencia.

ABSTRACT

This narrative review explores the phenomenon of unnecessary surgeries in orthopedic practice from an integrated clinical, ethical, and economic perspective. It examines structural conditions that enable these procedures, particularly in systems influenced by fee-for-service reimbursement models, insufficient bioethical training, and asymmetric power dynamics in physician-patient

Citar como: Cortés SJC. Cirugías innecesarias: la ética es un cálculo de conveniencia. Parte I. Cir Columna. 2026; 4 (1): 64-68. <https://dx.doi.org/10.35366/121961>



relationships. Central to this analysis is the concept of "smarmy medical paternalism," a behavioral pattern characterized by the calculated use of empathy to influence patient consent. This form of paternalism exploits informational asymmetries and circumvents evidence-based decision-making, often leading to surgical interventions without clinical justification. Chilean philosopher Gastón Soublette's critique of contemporary ethics provides a conceptual lens: in an era of accelerated information, "true ethics has been replaced by calculation—the calculation of what is convenient." This insight is presented not as a normative proposal but as a diagnostic framework that reveals the disconnect between ethical discourse and actual clinical practice. Empirical evidence underscores the urgency of this issue. Studies indicate that 20-70% of surgical procedures worldwide may be unnecessary. In Mexico, the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED) reported 22 formal complaints regarding unnecessary surgeries in 2023, equally distributed between public and private sectors. Spine surgery clinic audits have revealed that up to 60% of proposed procedures lack sufficient clinical justification. These figures highlight systemic overuse that burdens healthcare systems economically while compromising patient safety and autonomy. This article constitutes Part I of a two-part study, providing the conceptual and empirical foundation for the ethical hospital model to be presented in Part II. This model integrates bioethics, digital tools, and sustainable governance to realign surgical decision-making with patient-centered, evidence-based standards.

INTRODUCCIÓN

Las decisiones quirúrgicas deben guiarse por criterios clínicos, éticos y centrados en el paciente. Sin embargo, factores como los incentivos financieros, el paternalismo médico y la escasa formación en bioética distorsionan este principio. A pesar de que en México se reporta un bajo número de quejas por cirugías innecesarias, la magnitud real del problema es mayor. Weiser y su equipo estimaron que, en el año 2004, se realizaron más de 234 millones de cirugías mayores a nivel global, cifra que supera la carga de enfermedades como la malaria o el VIH/sida.¹ En este escenario, Guarnier advirtió, desde hace más de dos décadas, que las operaciones innecesarias constituyen un problema de nuestro tiempo con graves implicaciones éticas.² Se estima que entre el 20 y 25% de las cirugías mundiales podrían evitarse, lo cual obedece a patrones estructurales que normalizan decisiones alejadas del beneficio real del paciente.

Esta problemática no es exclusiva de México. En todo el mundo, múltiples estudios han documentado cómo el sobrediagnóstico y el sobretratamiento reflejan una medicina más centrada en el procedimiento que en el paciente. Esto exige revisar no sólo las prácticas clínicas, sino también los modelos institucionales que promueven la cantidad por encima de la calidad. La ética clínica, en este contexto, se convierte en una herramienta de resistencia frente a la burocratización y mercantilización de la salud.

1. Magnitud del problema en ortopedia. La sobreutilización quirúrgica en ortopedia es difícil de deli-

mitar debido a que se basa en criterios subjetivos. Datos de CONAMED reflejan un aumento del 32% en quejas por servicios médicos en 2023, la mayoría relacionadas con traumatología.³ Brownlee y colaboradores documentan una tendencia global al exceso quirúrgico,⁴ y Epstein critica la alta frecuencia de fusiones lumbares sin justificación,⁵ lo que refleja una falta de comprensión real por parte del paciente. Hernández-Ruiz⁶ ha documentado cómo la calidad de los consentimientos quirúrgicos no alcanza los mínimos éticos esperados. A ello se suma la observación del autor, quien, en trabajos previos, ha demostrado que el consentimiento informado en México sigue siendo en muchos casos un trámite burocrático alejado de su propósito original: salvaguardar la autonomía y los derechos fundamentales del paciente. Estas deficiencias estructurales reflejan no sólo una falla operativa, sino una omisión ética que exige transformaciones institucionales profundas.

2. El médico zalamero y la importancia de la autonomía del paciente. La autonomía es la base del consentimiento informado. Sin embargo, en la práctica, suele ser vulnerada por figuras paternalistas como el "médico zalamero", quien persuade al paciente con simpatía y manipulación emocional, logrando anular su autonomía sin usar la coacción directa. Cortés Sandoval y Vargas Alvarado han descrito este fenómeno como una forma avanzada de manipulación médica, en la que médicos "simpatéticos y manipuladores" desactivan la autonomía del paciente mediante persuasión emocional disfrazada de empatía.^{7,8}

Este concepto fue propuesto originalmente por Cortés Sandoval, en el marco del *15th International Congress on Shoulder and Elbow Surgery*. Lejos de tratarse de una simple intuición clínica, esta noción ha sido discutida en diversos foros interinstitucionales de bioética en México y América Latina, y encuentra respaldo teórico en trabajos como los de Vargas Alvarado, quien advierte sobre las implicaciones éticas del consentimiento viciado y las formas de paternalismo disfrazado.⁸ En conjunto, estas contribuciones apuntan a la necesidad de repensar la relación médico-paciente en clave de justicia, integridad y respeto a la autonomía, particularmente en contextos donde los incentivos económicos pueden distorsionar el juicio clínico. Esta perspectiva es congruente con hallazgos recientes sobre la toma de decisiones compartida (SDM). Kannan y su equipo encontraron que, aunque los cirujanos apoyan conceptualmente la participación del paciente, muchos consideran que la SDM no es universalmente óptima. Utilizan evaluaciones intuitivas del “temperamento del paciente” y la “incertidumbre clínica” para determinar cuándo aplicarla. Significativamente, los cirujanos a menudo presentan sólo un subconjunto de opciones disponibles, confiando en su capacidad para filtrar alternativas menos adecuadas basándose en evaluaciones intuitivas de riesgo. Además, difieren en su enfoque para hacer recomendaciones: algunos guían a los pacientes hacia lo que consideran la decisión correcta u óptima, mientras otros buscan mantener cierta neutralidad.⁹ Como señala Pelazzani, “la autonomía no es sólo libertad formal, sino deliberación genuina”.¹⁰ La evidencia muestra que herramientas como el *eConsent* pueden mejorar la comprensión y reducir la ansiedad del paciente.¹¹ Pero, sin formación ética y control del poder simbólico del médico, su efectividad se diluye.

Esta figura retórica del médico zalamero se inscribe en una tradición paternalista, pero con rostro amable, que persuade sin confrontar. Su poder radica en la confianza excesiva que el paciente deposita en él. Por ello, no basta con normar el consentimiento: se requiere fomentar una cultura clínica centrada en el respeto genuino de la autodeterminación. La ética debe impregnar no sólo las decisiones, sino también los estilos comunicativos y los entornos de deliberación.

3. **Incentivos perversos.** El modelo de pago por servicio incentiva más cirugías, no siempre nece-

sarias. Epstein señala que, en sistemas con límites a la práctica privada, disminuye la sobreutilización.⁵ Guarner^{2,12} advierte que los incentivos financieros elevan el riesgo de intervenciones innecesarias, e identificó cuatro factores principales que contribuyen a la persistencia de éstas: (1) incentivos financieros, donde destaca LoGerfo JP¹³ que las operaciones innecesarias se practican con mayor frecuencia en la práctica privada que en servicios institucionales, (2) estructura del mercado médico, donde interviene la sobrevaloración de recursos tecnológicos; (3) cirugía defensiva, motivada por el temor a demandas legales, y (4) falta de fundamentos cognoscitivos en la práctica quirúrgica, que incluye tanto la inexperiencia como los errores de juicio clínico, conocidos como sesgos cognitivos. La formación centrada en técnica, sin bioética, contribuye a esta problemática.

4. **Beneficencia y su uso estratégico.** La beneficencia exige actuar en beneficio del paciente. Sin embargo, suele usarse para justificar procedimientos que el paciente no desea ni necesita. Beauchamp advierte que “beneficiar” no es ético si se ignoran los valores del paciente.¹⁰ Muchos aceptan cirugías sin conocer riesgos ni alternativas.¹¹ La beneficencia, sin autonomía, se convierte en paternalismo rentable. El verdadero desafío es recuperar el sentido original de la beneficencia: procurar el bien del paciente, desde su perspectiva y con su participación activa. La ética contemporánea exige pasar del paternalismo a la colaboración, del “yo sé qué te conviene” al “decidamos juntos”. Esto implica reconfigurar los sistemas de incentivos, pero también reeducar en la sensibilidad moral del cuidado.

5. **De lo conducente a lo conveniente: falla estructural.** El sobrediagnóstico, como señala Guarner, convierte hallazgos clínicos irrelevantes en tratamientos innecesarios.¹³ No se trata sólo de errores médicos, sino de un sistema que recompensa el exceso. El caso de la descompresión subacromial es ilustrativo: ensayos clínicos como Fimpack han demostrado que no es mejor que placebo, pero sigue usándose por sus beneficios económicos institucionales. Esto también ha sido advertido por Jarvinen, quien explica su uso extendido debido a la inercia institucional, incentivos económicos y la confianza excesiva en la experiencia subjetiva del cirujano.¹⁴ El “médico zalamero” es producto y agente de este sistema. Lo que conviene al médico, al hospital, al proveedor y a la aseguradora, rara vez coincide con

lo que necesita el paciente. El **hospital ético** surge como respuesta estructural a este desajuste moral. La cultura de la conveniencia ha generado un ecosistema donde la cirugía se ve como símbolo de eficacia, aun sin evidencia robusta. Esto transforma al paciente en una fuente de ingresos y no en un sujeto de derechos. La solución requiere una ética institucional transversal, que evalúe no sólo resultados clínicos, sino decisiones previas, transparencia en indicaciones y consecuencias a largo plazo. Como bien advirtió el filósofo chileno Gastón Soublette, hemos reemplazado la verdadera ética por el cálculo de lo que conviene.^{15,16}

6. eConsent: tecnología moral al servicio de la autonomía. El consentimiento informado tradicional suele ser un trámite, no un proceso deliberativo. El *eConsent* puede restaurar la autonomía, al ofrecer un entorno comprensible y verificable.¹⁷ Según Laitinen y Sahlgren,¹⁸ la autonomía requiere respeto, capacidades, ejercicio de agencia y condiciones institucionales. El *eConsent*, bien diseñado, activa todas estas dimensiones.

No es sólo un documento digital, sino una arquitectura moral. En el **hospital ético**, el *eConsent* es un escudo contra la manipulación y una herramienta para la justicia epistémica. Respetar la autonomía no es opcional: es una obligación institucional.

El *eConsent* debe concebirse no como un trámite digital, sino como una experiencia ética interactiva. Su diseño debe incluir lenguaje accesible, presentación de alternativas y validación de comprensión. Además, debe formar parte de un ecosistema institucional donde la rendición de cuentas y la auditoría ética sean normas, no excepciones. Así, el **hospital ético** no sólo digitaliza procesos: redefine la relación médico-paciente desde la integridad.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo abordó el fenómeno de las cirugías innecesarias en ortopedia desde una perspectiva narrativa, articulando dimensiones éticas, clínicas y económicas. Se expuso de qué manera prácticas como el paternalismo médico zalamero y los incentivos financieros mal orientados pueden contribuir a decisiones quirúrgicas que no siempre responden a criterios clínicos basados en evidencia.

Lejos de presentar una solución única o simplista, el artículo propone el modelo del **hospital ético** como una estrategia piloto que puede desarrollarse de forma progresiva y contextualizada. Este modelo no preten-

de resolver por sí sólo las múltiples deficiencias del sistema de salud mexicano —como su fragmentación, inequidad en el acceso, diferencias entre subsistemas o presiones institucionales—, sino ofrecer una plataforma ética, tecnológica y sostenible que ayude a mejorar la toma de decisiones clínicas desde un enfoque colaborativo.

Reconocemos que avanzar hacia un modelo más justo y centrado en el paciente implica no sólo cambios estructurales en las políticas de salud, sino también la coordinación entre profesionales médicos, autoridades hospitalarias, aseguradoras, pacientes y reguladores. En este sentido, el **hospital ético** no es una meta cerrada, sino una invitación a diseñar esquemas adaptables que puedan integrarse a realidades diversas y desiguales como las que existen en México y América Latina.

Así, este trabajo no constituye una protesta, sino un llamado ético fundamentado en evidencia para reevaluar las prácticas quirúrgicas con mirada crítica y multidisciplinaria. La bioética clínica, cuando se conecta con datos reales, puede convertirse en un recurso transformador al servicio de sistemas de salud más responsables, seguros y humanos. Este trabajo constituye la primera parte de un estudio en dos entregas, estableciendo la base conceptual y empírica para la propuesta del modelo de **hospital ético** que se presentará en la parte II.

REFERENCIAS

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008; 372: 139-144. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60878-8.
2. Guarner V. Las operaciones innecesarias en el ejercicio de la cirugía: un tema de nuestro tiempo con graves implicaciones en la ética médica. *Gac Med Mex*. 2000; 136: 183-188.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Informe anual de actividades 2023 [Internet]. México, Ciudad de México: CONAMED; 2023. p. 9-10. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/907177/Informe-Anual-2023.pdf>
4. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390: 156-168. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
5. Epstein NE. "Evidence of overuse of medical services around the world" By Brownlee et al., *Lancet*, 2017: Does this apply to transforaminal lumbar interbody fusions (TLIF)? *Surg Neurol Int*. 2019; 10: 154. doi: 10.25259/SNI_386_2019.

6. Hernández-Ruiz A, Delgado-Fernández RI, Mitjans-Fuentes CO, González-Volta R. Calidad de los formatos escritos del consentimiento informado en pacientes críticos. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2020; 24: e634. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=99396>
7. Cortés Sandoval JC. In relation to unnecessary surgeries: Does it exist smarmy medical paternalism? In: Mansat P, editor. 15th International Congress on Shoulder and Elbow Surgery – e-Posters. JSES Int. 2023; 7: 2178. doi: 10.1016/j.jseint.2023.07.001.
8. Vargas Alvarado E. Intervención quirúrgica falsa: un caso de incompetencia por deshonestidad. Med Leg Costa Rica [Internet]. 1987; 4: 17-18. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/items/f61564ea-1fc2-41e6-9136-c28ec1768965/full>
9. Kannan P, Taheri A, Turkelson CM, Noback PC, Gonzalez MH, Cohen SP, et al. Shared decision-making in orthopaedic surgery: challenges and opportunities. J Bone Joint Surg Am. 2021; 103: 741-748. doi: 10.2106/JBJS.20.01537.
10. Palazzani L. Informed Consent, Experimentation and Emerging Ethical Problems. BioLaw J. 2019;(1S):11-22. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-397>
11. Afolabi MO, Bojang K, D'Alessandro U, Imoukhuede EB, Ravinetto RM, Larson HJ, et al. Multimedia informed consent tool for a low literacy african research population: development and pilot-testing. J Clin Res Bioeth. 2014; 5: 178. doi: 10.4172/2155-9627.1000178.
12. Guarner V. Incentivos económicos en la práctica médica: un dilema ético. Gac Med Mex. 2020; 156: 68-73. doi: 10.24875/GMM.20005406.
13. LoGerfo JP. Organizational and financial influences on patterns of surgical care. Surg Clin North Am. 1982; 62: 677-684. doi: 10.1016/s0039-6109(16)42787-8.
14. Jarvinen TLN. On patient safety: shoulder “impingement”-telling a SAD story about public trust. Clin Orthop Relat Res. 2022; 480: 1263-1266. doi: 10.1097/CORR.0000000000002262.
15. Soubllette G. La verdadera ética ha sido reemplazada por el cálculo de lo que me conviene [entrevista de Pablo Retamal Navarro]. La Tercera. 2022. Disponible en: <https://www.latercera.com/culto/2022/04/29/gaston-soubllette-la-verdadera-etica-ha-sido-reemplazada-por-el-calculo-de-lo-que-me-conviene/>
16. Soubllette G. La verdadera ética ha sido reemplazada por el cálculo de lo que me conviene. En: Pastorino M, editor. La crisis ética y cultural [Internet]. Semanario Voces; 2022. Disponible en: <https://semanariovoces.com/gaston-soubllette-la-crisis-etica-y-cultural-por-miguel-pastorino/>
17. McMillan J. Comparison of interactive electronic versus standard document method for obtaining patient informed consent [Internet]. Houston: UT School of Public Health; 2020. Available in: https://digitalcommons.library.tmc.edu/uthsph_diseertsopen/123
18. Laitinen A, Sahlgren O. AI systems and respect for human autonomy. Front Artif Intell. 2021; 4: 705164. doi: 10.3389/frai.2021.705164.

Conflicto de intereses: no tiene ningún conflicto de intereses.