



Dilemas Éticos del Cirujano

LERMA C H., MD, SCC.

Hay temas que toman inusitada actualidad a propósito de los actos de los hombres que por su jerarquía y por la función que cumplen en la sociedad se constituyen en motivos de opinión, de reacción o de adhesión. Uno de estos asuntos es el de la ética en la profesión médica, y en razón de nuestra especialidad he de referirme a la ética en cirugía. He escogido el tema de **Dilemas Éticos del Cirujano** que se afirma en la definición misma del sustantivo dilema cuyo adjetivo, que he seleccionado como el más apropiado, es el de disyuntiva o alternativa entre dos cosas por una de las cuales hay que optar.

Quiero presentar a ustedes, las que considero tres situaciones en las cuales nos estamos debatiendo actualmente los cirujanos, y que dan cabida a los dilemas éticos que se relacionan con “El Cirujano y la Práctica Profesional”, “La Relación Cirujano – Paciente”, y “La Atención del Paciente Quirúrgico”.

EL CIRUJANO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La medicina es por esencia una profesión humanística y de servicio. Su definición se encuentra consagrada en la Ley de Ética Médica, que dice en su artículo 1, párrafo 1: “La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por

consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.

El acto quirúrgico debe ser la manifestación de una ética universal que no admita contradicción; para ello, nuestro paciente debe ser considerado en uso de toda su autonomía, y el cirujano, en ejercicio de plena libertad para obrar con voluntad decidida de hacer el bien y allegar todos los elementos posibles para lograr el objetivo; con estas consideraciones podemos afirmar que la especialidad de la cirugía se mueve dentro del precepto hipocrático: *primum non nocere*.

Desde hace ya mucho tiempo la cirugía dejó de ser un simple arte para convertirse en una ciencia; su práctica es eminentemente intervencionista, ya que afecta profundamente la anatomía y la fisiología del organismo y conlleva una enorme responsabilidad que la destaca entre todas las actividades humanas.

Estos aspectos conceptuales filosóficos que rigen la práctica de nuestra profesión de pronto se han visto enfrentados a los cambios que han surgido a raíz de la llamada crisis financiera de los servicios de salud en el mundo; entre los factores considerados como causales de este fenómeno, en la literatura internacional aparecen entre otros, la transición demográfica, los cambios en los precios relativos entre los bienes y los servicios, la presencia de seguros o terceros pagadores, y los avances de la tecnología. Aparecen vocablos como mercados, precios, consumidores, productores, contrapuestos al léxico noble del sector salud: honorarios, pacientes, profesionales, estando de acuerdo que aquello no va a solucionar el problema.

¿Dónde queda el cirujano en este nuevo contexto?

Definitivamente los años dorados de la práctica quirúrgica ya no volverán, la pérdida del ingreso y de la posición del médico son un hecho; hoy los profesionales son un grupo más que lucha valientemente por mantener un ingreso medianamente digno. Otro factor que ha contribuido a la proletarianización del médico es lo que se ha llamado “la empresarialización de la medicina”, la cual consiste en que, dados los altos costos de los avances tecnológicos de la ciencia médica, cada vez es más difícil para el médico ser el dueño

Discurso Inaugural, Mensaje Presidencial en “Avances en Cirugía”, XXVI Congreso Nacional de Cirugía. Doctor Carlos H. Lerma A., Presidente de la Sociedad Colombiana de Cirugía, Profesor Titular de Cirugía - Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

de los medios de producción. A esto se suma el llamado fenómeno de “deshumanización” de la medicina como consecuencia de la superespecialización que fragmenta al enfermo y atomiza la relación médico - paciente.

Hoy en día quienes practicamos la cirugía nos encontramos sujetos a la siguiente contradicción: excelencia del servicio *versus* costos de la práctica.

El ejercicio de la profesión médica ha cambiado en una forma dramática en los últimos años y su génesis es multicausal; dentro de los orígenes de esta situación se han considerado: la crisis económica, que no permite que haya equidad en el acceso a los servicios de salud; el impacto de la reforma de la Seguridad Social en Colombia de defectuosa implementación, que ha impedido el cumplimiento de los propósitos de la ley; la alarmante ausencia de la autoridad del Estado y una inadmisiblemente falla en los mecanismos de control.

Hasta ahora, no existe la voluntad política para lograr un cambio legislativo verdaderamente significativo. Por el contrario, las modificaciones que se avisoran en las leyes y decretos reglamentarios se tornan más preocupantes. En un foro promovido por la Academia Nacional de Medicina y la Academia de Medicina de Medellín recientemente celebrado en esta ciudad, el abogado y catedrático antioqueño, doctor Ignacio Mejía Velásquez, anota: Los médicos hemos desempeñado un papel muy pobre en todo este asunto: hemos entregado a otro nuestro reloj, para que ese otro nos dé la hora”.

Para quienes laboramos en la docencia universitaria y para las sociedades científicas, es preocupante la proliferación de facultades de medicina, cuya autorización de funcionamiento no responde a una política clara en la formación del recurso humano y de programas de posgrado en cirugía general que no cuentan con los requerimientos de docentes, ni de campos de práctica que garanticen la calidad en la formación del especialista.

RELACIÓN CIRUJANO - PACIENTE

Los cambios de la tecnología biomédica y de la estructura del Sistema de Seguridad Social, han dado como resultado nuevos dilemas éticos que se constituyen en un desafío para los cirujanos y sus pacientes. Los avances en la tecnología han permitido una expansión considerable del tratamiento quirúrgico en situaciones como el trasplante de órganos, sistemas mecánicos de soporte de la vida, técnicas de cirugía endoscópica y el progreso de la imagenología diagnóstica.

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y ÉTICOS

La mayoría de los juramentos y códigos que guían la ética médica no provienen de las organizaciones quirúrgicas. El juramento hipocrático excluyó la cirugía; no obstante, en el *Corpus Hipocrático* se describen numerosos procedimientos

quirúrgicos. En las normas éticas establecidas por la Asociación Médica Americana en 1847, tampoco fueron tenidos en cuenta los cirujanos; en este código se criticó a los médicos que reclamaban habilidades especiales y se les rotuló como curanderos.

En el año de 1913 se conformó el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) y se establecieron los primeros delineamientos éticos para los cirujanos y, desde entonces, los colegiados y becarios confirman la promesa de procurar el bienestar del paciente por encima de todo.

En 1994 esta Asociación recopiló en un libro de 18 páginas los principios que guían el cuidado de los pacientes y las calidades y privilegios de los cirujanos. Como respuesta al resurgimiento del interés en la bioética que han ocasionado las tecnologías nuevas, las presiones económicas y el énfasis en los derechos del paciente, la revista del Colegio Americano de Cirujanos, desde el año de 1998 publica una sección dedicada a temas de bioética.

PRINCIPIOS Y VALORES DE LA RELACIÓN CIRUJANO - PACIENTE

Como lo hemos anotado anteriormente, los preceptos éticos surgen de una tradición milenaria e incluyen beneficencia, como la obligación de ayudar al paciente; no maleficencia, como la obligación de no causar daño por negligencia o intención y la confidencialidad.

Estos conceptos han servido de guía en las relaciones de los médicos con los pacientes a través de 2.500 años. En los códigos de ética derivados del juramento hipocrático se expresa de manera explícita el papel paternalista de la medicina, en el cual, el médico se responsabiliza del acto médico por encima de los derechos del paciente. Como respuesta al paternalismo de la ética médica tradicional y, ante la necesidad de un código de ética que resolviera las dificultades de la vida real en la toma de decisiones en la década de los años 60, los eticistas profesionales han presentado nuevos métodos de deliberación ética.

Los aportes más prominentes han sido los de Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, en el cual se describen, además de los preceptos de beneficencia y no maleficencia, los de autonomía y justicia. Los dos primeros reafirman los principios contenidos en los códigos antiguos y velan por los intereses de los pacientes. Los dos últimos preceptos, de autonomía y justicia, reflejan las teorías modernas de las obligaciones morales no encontradas en la tradición hipocrática.

El principio de la autonomía establece el reconocimiento por parte de los médicos del derecho del paciente para tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud. Esto es contrario al principio de beneficencia contenido en el *Cor-*

pus Hipocraticum. Por ejemplo, frente a un paciente con una isquemia severa, con gangrena de una pierna, quien rehúsa la amputación, el cirujano se encuentra ante la necesidad de respetar la autonomía del paciente (quien puede rehuzar el procedimiento) y riñe con la percepción del médico de velar por lo mejor para el paciente (al asumir que el paciente prefiere continuar con vida). En este caso, el conflicto de principios no permite al cirujano encontrar con claridad el camino para resolver el dilema; se trata de un conflicto entre dos obligaciones éticas: entre la obligación de curar al paciente por medio de una amputación, y la obligación de respetar el derecho del paciente a rechazar la cirugía.

La naturaleza invasora de la terapia quirúrgica necesariamente determina que la relación entre el cirujano y su paciente requiera de un alto grado de confianza por parte del paciente y de la acción ética por el cirujano; durante el proceso de evaluación y tratamiento, el poder y el control de la situación clínica es gradualmente transferido del paciente al cirujano.

Idealmente el cirujano y el paciente discuten las opciones terapéuticas y entre los dos se escoge la mejor elección. Esta transferencia del control sobre los tratamientos difieren sustancialmente en las diversas especialidades de la medicina.

Eticistas destacados como Emanuel y Emanuel han definido los modelos de relación entre los cirujanos y los pacientes basados en los principios anteriores, y así proponen los modelos paternalista, informativo y deliberativo; en el modelo paternalista el cirujano insiste en la intervención quirúrgica y puede amenazar al paciente con retirar sus servicios, a menos que el paciente los acepte; en el modelo informativo, el cirujano simplemente se limita a presentarle opciones al paciente para que elija, y el tercer modelo, deliberativo, se ubica en una posición intermedia, el cirujano le ayuda al paciente a identificar los valores pertinentes con la salud y a elegir entre las diferentes alternativas. En el caso del paciente con gangrena de la extremidad, a que se hizo referencia con anterioridad, el cirujano, a través de un proceso de educación y discusión, puede ilustrar al paciente acerca de la calidad de vida después de la amputación y así establecer o realzar la confianza en el cirujano y en su juicio quirúrgico.

En las últimas décadas la relación entre los pacientes y los cirujanos ha ido evolucionando de una de carácter paternalista en la cual los cirujanos toman las decisiones por sus pacientes según sus valores profesionales, por una comunicación equitativa de decisión compartida, en la cual el cirujano provee de información al paciente para que tome su propia determinación. El consentimiento informado tiene cuatro componentes claves: transparencia, competencia, comprensión y voluntad.

Otro factor que ha comenzado a influir en el cuidado de los pacientes es el uso de Internet; los cirujanos ya lo utilizan para comunicarse con sus pacientes. Pero surgen los siguientes interrogantes:

¿Cómo se garantiza la confidencialidad?. ¿Cómo se maneja el seguimiento de los resultados en casos individuales, como los índices de recurrencia del cáncer, recidiva de las hernias o los resultados de una cirugía antirreflujo?.

Los tres aspectos éticos centrales en la práctica quirúrgica moderna son: la competencia clínica, el respeto por las decisiones de los pacientes en cuanto se refiere al cuidado de su salud y la salvaguarda de las prioridades de las necesidades de los pacientes frente a los cambios sociales, económicos y políticos.

En la práctica clínico-quirúrgica se combinan la habilidad técnica y la sensibilidad ética, las cuales unidas constituyen el arte de la cirugía.

ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

En la sociedad actual el cirujano debe afrontar problemas éticos especiales que se tornan desafiantes, como son: la enseñanza de la cirugía, la innovación quirúrgica y el papel del cirujano en la atención gerenciada. El doctor Francis Moore del departamento de cirugía de la Universidad de Harvard plantea los siguientes interrogantes: ¿Es apropiado que una compañía aseguradora, apoyada por algunos médicos, determine las reglas de juego para la selección de personas que deben ser matriculadas como pacientes y tomar decisiones para su cuidado? ¿Puede éticamente el cirujano entregar las dos prerrogativas de selección y decisión a las compañías aseguradoras?.

¿Éticamente se puede excluir a los pacientes necesitados de cuidado y despojarlos de su independencia?.

La destreza, la pericia y la experiencia del cirujano le dan seguridad al paciente. El conflicto entre los propósitos de las aseguradoras y la ética profesional en la atención gerenciada, se hace evidente cuando se trata a pacientes con enfermedades crónicas o indigentes, así como en la toma de decisiones clínicas que implican procedimientos costosos o innovadores.

El proceso de la "atención gerenciada" para controlar los gastos médicos por medio de sistemas alternativos de pagos ha alterado fundamentalmente la relación cirujano - paciente. Mechanic y Schlesinger argumentan que esta clase de atención ha debilitado la confianza de los pacientes por tres mecanismos: los incentivos financieros, la forma de utilización y la estructura de la atención. La injerencia en las decisiones y la regulación que ejercen las aseguradoras genera trabajo adicional al cirujano y crea dilemas éticos difíciles; como en el caso de dar de alta a un paciente el mismo día en

que le practique una colecistectomía laparoscópica. De otra parte, los cirujanos ven enfrentados los análisis de costos que hacen de los servicios de su práctica, con los privilegios institucionales de los hospitales, creando un conflicto con sus responsabilidades fiduciarias, situación ésta, importada de las experiencias de otros países.

La implementación de protocolos y guías de manejo no puede transformarse en una mordaza que impida al cirujano ejercer su actividad profesional a favor del paciente; estas pautas de uso clínico utilizadas por las aseguradoras intentan, de alguna manera, limitar el trabajo profesional del cirujano y la opción de elección por el paciente equivale a una toma de decisiones por fuera del contexto de la relación cirujano - paciente.

Mechanic y Schlesinger argumentan que estos cambios en la estructura del cuidado de la salud han debilitado dramáticamente la relación cirujano-paciente; el efecto de estos conflictos éticos se refleja en más cirujanos desanimados, en unos pacientes angustiados y en un juicio clínico ensombrecido por la fuerza económica de terceros pagadores. Tenemos, por consiguiente, una obligación ética con nuestros pacientes y con nosotros mismos de fortalecer y ameritar la confianza que aquellos tienen en nosotros.

Frente a esta situación, las asociaciones médicas han asumido una posición frente a la aparición de los intermediarios; presento a ustedes el siguiente párrafo del pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina de Colombia y del discurso de su Presidente, el doctor José Félix Patiño, sobre la Ley 100: "Reforma y Crisis de la Salud en Colombia": *"Con la ley 100 aparece un nuevo actor en el campo de la medicina, un intermediario entre el paciente y el médico, un intermediario que se convierte en un pagador, en un administrador que capta los recursos que aporta la Ley al sector, convirtiendo la atención médica en un modelo de medicina*

corporativa, de atención gerenciada que modifica la estructura ética de la profesión.

*Existe un claro desequilibrio en las expectativas de quien acude al intermediario como **cliente**, como comprador de un producto y de quien acude al proveedor como **paciente** con la esperanza de calidad".*

En otro pronunciamiento, la Academia de Medicina de Medellín sentó su posición en el acuerdo aprobado el 13 de agosto de 1997 cuando dice que sus miembros resuelven *"buscar honestamente en el ejercicio de nuestra misión, cualquiera que sea la circunstancia en que se nos coloque desde fuera y según nuestro leal saber y entender, el bien del paciente, haciendo caso omiso de las consecuencias que nuestra actitud honrada pueda tener en el campo administrativo o legal"*.

En estas posiciones que he presentado a ustedes se especifica plenamente el apoyo de las asociaciones académicas en defensa de los derechos del paciente y el papel del profesional de la medicina ante una comercialización que se nos impone; están enfrentadas la ética hipocrática y la ética corporativa.

Finalmente, permítanme ustedes parafrasear a ese ilustre médico humanista, profesor de la cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, doctor Diego Gracia, quien escribe sobre el ejercicio de la medicina en su libro *"Bioética Clínica"*: *"El ejercicio de la medicina no solo exige la bondad técnica sino también la ética. Además de ser un buen técnico, el médico tiene que ser un técnico bueno. Es decir, además de correctos, sus actos tienen que ser buenos. Un acto médico será correcto cuando esté hecho con pericia y técnica, y será bueno cuando además cumpla con las exigencias de la ética. El médico deber ser un hombre ético. Sus actos técnicos son siempre, en uno u otro sentido, éticos"* (13).

REFERENCIAS

1. TribuI. Tribunal Nacional de Ética Médica. Sobre Ética Médica. Ley 23 de 1981. República de Colombia.
2. Castaño R.A: Medicina, Ética y Reformas a la Salud. Fundación Creer ed. Precolombi - David Reyes. 1999
3. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Pronunciamiento frente a la Ley 100 de diciembre de 1993. Documento 9 de marzo de 2000.
4. Hanlon CR, Ethics in Surgery. J Am Coll Surg 1998; 186: 41- 9
5. Blume E: Hippocratic oath vesus managed care: Physicians caught in Ethical Squeeze. J Natl Cancer Inst 1997; 89: 543 - 5
6. Patterson RH: A Code of Ethics. J Neuro Surg 1986; 65: 271 - 7
7. Pellegrino ED: The metamorphosis of Medical Ethics: a 30 years retrospective. Jama 1993; 169: 1158 - 62
8. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics 3rd ed. New York NY : Oxford University Press; 1986
9. Emanuel EJ, Emanuel LL: Four Models of the Physician - Patient Relationship. Jama 1992; 267: 2221 - 6
10. Moore FD: Ethical Problems Special to Surgery. Arch Surg 2000; 135: 14 - 6
11. Mechanic D, Schlesinger M: Impact of Managed Care on Patients Trust. Jama 1996; 275: 1693 - 7
12. Academia de Medicina de Medellín. Acuerdo, 13 de agosto de 1997
13. Gracia D: Bioética Clínica. Editorial El Buho Iª. Edición. Santafé de Bogotá, Colombia. 1998.

Correspondencia:

Doctor **Carlos Lerma Agudelo**. Carrera 41 N° 16 B sur-107, El Poblado. Medellín, Colombia.