



DILEMAS, CONFLICTOS Y RETOS ÉTICOS EN LA CIRUGÍA DE UNA ÉPOCA DE CAMBIOS

Ac. Prof. Dr. FRANCISCO A. CRESTANELLO

Montevideo, 8 de julio de 2010

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina Académico José Luis Peña.

Señores Académicos.

Autoridades e invitados especiales. Colegas y amigos. Señoras y Señores.

Agradezco a la Academia la distinción de permitirme hacer esta exposición sobre Dilemas, conflictos y retos éticos en la Cirugía de una época de cambios, y a Ustedes vuestra presencia.

Hace unos meses con mucha persuasión e injustificada confianza el Académico Mañé Garzón me puso en este difícil compromiso. ¿Cómo salir airoso de él, no siendo experto en el tema?

Todos los cirujanos tenemos un conocimiento práctico sobre Ética en Cirugía. Lo hemos adquirido día a día reconociendo los problemas con valores inherentes al ejercicio de la especialidad, y resolviéndolos imitando actitudes de nuestros mayores, comentándolos con quienes estaban en situaciones similares y estudiando y aplicando las normas éticas correspondientes. Y cuando se llega al retiro se puede conceptualizarlo y enriquecerlo con lecturas y reflexiones hechas con la referencia de colegas respetados y de expertos en esta materia.

Quiero realizar ante Ustedes algunas reflexiones a partir de ese conocimiento. Ellas se refieren a los fundamentos específicos de la Ética en Cirugía, a las dificultades que a consecuencia de ciertos cambios hoy se encuentran para cumplir con sus dictados aún en las formas más simples del ejercicio de la especialidad, y a los retos que implican estas dificultades.

Estas reflexiones no son originales; ya han ocupado y preocupado a muchos cirujanos de otros medios (8)(20)(24)(26)(29)(34) (43)(44)(45) , lo que da cierta tranquilidad sobre su pertinencia. No son tan profundas como las que ellos realizaron; por ello es demasiado presuntuoso decir que esta exposición constituye una conferencia.

Pero en nuestro medio no oye hablar mucho sobre este tema. Y como en Ética muchos progresos surgen de reflexiones colectivas, esta circunstancia es apropiada para hacer una exposición de conjunto y señalar algunas de sus particularidades. Al compartirlas con Ustedes podré contar con vuestro conocimiento, experiencia y sensatez para corregirlas, ajustarlas, enriquecerlas y, en definitiva, avanzar un poco más y con mayor seguridad en esta materia.

Ética, Cirugía, cambios, dilemas y conflictos.

Toda la compleja Ética Médica occidental moderna se basa en dos simples principios referidos a los pacientes: poner sus intereses por encima de cualquier otro y servirlos con el mayor nivel posible de capacitación profesional.

A pesar de ser bicentenarios mantienen su vigencia; la Ética Médica no creció por sustitución sino por adición de otros principios como los de beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía, veracidad, confidencialidad, y fidelidad a la palabra empeñada.

Los cirujanos contribuyeron a ese desarrollo como esporádicos adelantados en algunos aspectos significativos. Podría citar ejemplos históricos del siglo XVII de respeto de la dignidad de los pacientes y de solicitud a éstos de su anuencia para ser operados (22)(37) ; o del siglo XIX de defensa de la veracidad (32) y de honestidad en la evaluación de los resultados adversos (6) .

La creciente complejidad de la Cirugía exigió que en algunos aspectos su Ética fuera más allá que la Ética Médica. Uno de ellos, objeto particular de estas reflexiones y ya adelantado a principios del siglo XIX por Thomas Percival, es la necesidad de que nuestra relación con los pacientes sea especialmente sensible y considerada con los sentimientos que los embargan durante el tratamiento.

A fines del siglo XIX Rudolph Matas, un venerable antecesor de nuestra especialidad, dejó anotaciones sobre el trato deferente que le dispensó William Halsted cuando debió operarlo (35) . Ellas resumen lo que todo aquél que pasa por ese trance siente y espera de su cirujano y, en consecuencia, la forma en que todos deberíamos tratar a nuestros pacientes.

Hoy, también por adición, la Ética en Cirugía posee un tesoro inestimable de valores, principios, normas, derechos y deberes. Preocupa cómo protegerlo, acrecentarlo, y actualizarlo y cómo lograr que siempre se cumpla lo que él nos marca.

Porque estamos en una época de cambios que producen confusión e incertidumbre.

En Cirugía, el avance del conocimiento y la búsqueda de alternativas que intuitivamente se consideran mejores, son cada vez más acelerados.

En el paradigma actual de la asistencia gestionada, se persigue la eficiencia económica y no la de todo el proceso de atención.

En la cultura social, los derechos propios terminan bastante más allá de donde comienzan los de los demás. El egocentrismo ha suplantado a esa adhesión a la causa de los otros que denominamos solidaridad; el prójimo no es más un semejante a considerar sino un obstáculo a vencer o un objetivo a conquistar.

La salud se publicita y vende con técnicas de mercadeo que la presentan como el producto infalible de una Medicina todopoderosa. Esto despierta expectativas irreales respecto a sus resultados, contribuye a tejer un velo de sospecha sistemática sobre los médicos, incita a una creciente litigiosidad, y estimula una práctica profesional defensiva que es cara y mala.

Y los cirujanos, a nuestro rol tradicional de clínicos actualizados y hábiles ejecutores de nuestras técnicas, sumamos los de comunicadores, investigadores, administradores, líderes o integrantes de equipos, educadores y promotores de la salud.

Estos cambios y esta multiplicidad de roles aumenta nuestra exposición a problemas éticos en nuestra relación asistencial y a veces de investigación clínica con pacientes y su entorno. En nuestra relación con colegas, con profesionales de salud, con las organizaciones de asistencia y de educación, con la industria de insumos, con la sociedad. Y en una interminable lista de otras situaciones muy diversas.

Unas veces estos problemas tienen la forma de simples dilemas pero otras, más complejas, más graves y hoy más frecuentes, implican violencia moral para quienes deben hacer opciones, es decir que son conflictos.

Particularidades de la relación paciente – cirujano.

Lo primero a señalar es que en ella los pacientes están en desventaja.

En verdad, no es para menos. Nos ven como expertos en conocimientos y tratamientos muy intensos que no comprenden totalmente. Saben que deben confiar su vida, su salud, su bienestar y cierta información privada. Que deberán interrumpir sus actividades, perder parte de su autonomía y pasar por una experiencia penosa en el ambiente tan extraño de un quirófano, rodeados por desconocidos y no por sus familiares de confianza. Que serán anestesiados, lo que es doblemente temido por la pérdida del control de la situación y por la vaga relación de ese estado con la muerte. Que su cuerpo será asaltado con incisiones y que se manipularán sus órganos más profundos. Que después de la operación habrá alguna forma de sufrimiento y la posibilidad de complicaciones, secuelas y muerte. Y que quedarán cicatrices y a veces mutilaciones, que cambiarán su propia imagen y su relación con el entorno, porque el cuerpo materializa la identidad (7).

Entonces habitualmente conciben todo esto como un operativo de rescate y nos consultan con mucha ansiedad y con sentimientos de temor, incertidumbre y vulnerabilidad a veces muy profundos.

En consecuencia sólo aceptan ser operados, aún con procedimientos mínimamente invasivos, si perciben claramente que tienen algo que es necesario eliminar porque no lo pueden soportar o compromete su vida.

Y además si ellos, y también sus familiares y allegados, perciben que pueden depositar su confianza en nosotros (5).

Cuanto mayor es el riesgo e incertidumbre de una actividad, tanto mayor debe ser la confianza entre sus protagonistas. Por eso en Cirugía la confianza en nosotros debe ser muy profunda, tal vez como en ninguna otra especialidad de la Medicina. Este aspecto es tan importante que merece un análisis especial.

Confianza es la hipótesis de que el otro posee condiciones adecuadas para lograr los objetivos a futuro que se le encomiendan.

En nuestro caso, en que tenemos la debida competencia técnica y la aplicaremos con habilidad y cuidado.

En que por encima de todo defenderemos sus intereses sanitarios, incluso ante los nuestros y los de terceros.

Y en que en todo el tratamiento, no sólo en la operación, tendremos una respuesta de disponibilidad y apoyo que sea humana, incondicional y rápida; que sea

comprometida con su cuidado, con la satisfacción de sus necesidades y deseos, con el alivio de sus molestias y con el respeto de sus sentimientos; y que esté dotada del grado de proximidad necesario para referirles con veracidad y mantener en reserva ante terceros las informaciones sobre sus cuerpos que conoceremos en la operación.

Para generar esa confianza partimos de una situación desventajosa, porque la relación con nuestros pacientes difiere de otras relaciones médico – paciente en que:

- carece de antecedentes, ya que en general hasta la consulta los pacientes no nos conocían.
- se inicia en forma rápida y a veces súbita.
- pone en riesgo valores muy importantes.
- y suele ser breve, tanto que muchas veces no da tiempo para desarrollarse y madurar.

La confianza se genera, se acrecienta, se mantiene, se debilita o se pierde por acciones que en su mayor parte dependen de nosotros, por lo que estamos éticamente obligados a conocer y realizar todas las que la generan y robustecen.

Las que favorecen una percepción objetiva de que poseemos competencia profesional, de que procedemos en forma compasiva, honesta y abierta a otras opiniones calificadas. Prueba de que alcanzó la profundidad necesaria son expresiones tales como “Doctor confío en Usted” o “Doctor haga lo que crea necesario”.

Las posturas arrogantes o demasiado suficientes suelen disminuirla o hacerla perder.

La confianza así generada implica para nosotros la obligación moral de corresponder a ella ejerciendo adecuadamente el poder que se nos ha delegado. No hacerlo constituye una traición, una decepción y una falta moral muy grave.

Aceptación del tratamiento.

Cuando se dan las dos condiciones precedentes los pacientes aceptan transferirnos realmente el control de su situación. Una transferencia que es de grado mucho más profundo que en las demás especialidades, y que para el

momento culminante del tratamiento, que es la operación, deberá ser total, extrema y anticipada.

A principios del siglo XX los cirujanos ya tenían prácticas de considerable sofisticación ética en este aspecto, que reconocían la necesidad de obtener esa transferencia del modo que mejor respetara el derecho a la información veraz, los sentimientos y la autonomía de los pacientes.

Posteriormente se estudiaron las formas de requerirla en situaciones particulares: enfermos con limitada capacidad de comprensión o de decisión, o que necesitan cirugía paliativa en etapa avanzada de una enfermedad incurable, o que tienen un comportamiento "difícil". Y más recientemente para los trasplantes de órganos (12) , para reclutamiento de pacientes para ensayos clínicos, para participación de cirujanos en formación en la realización de actos quirúrgicos, o en pacientes que por sus creencias religiosas no aceptan ciertos tratamientos, etc.

En algún momento se le empezó a conocer como consentimiento informado , una denominación de propósito descriptivo que hizo fortuna, pero que no marca la necesidad de favorecer la confianza en la relación y de respetar la autonomía de quien lo da.

Se identificaron las formas éticamente aceptables de requerirlo.

Se concluyó en que la más aconsejable es la deliberativa, en la que el cirujano ayuda al paciente a identificar los valores pertinentes a su salud y a elegir libremente la alternativa que mejor se adecua a su visión personal de la situación.

Luego, para poner en orden a unos pocos especialistas de comportamiento sospechoso, las leyes lo hicieron obligatorio.

Y finalmente diversas causas, entre ellas el interés de protección legal de las organizaciones de asistencia gestionada, hicieron que en su instrumentación el énfasis se desplazara desde la forma ética de solicitarlo hacia la legal de documentarlo lo que, desde la perspectiva que nos ocupa, en algunas formas actuales de hacerlo merece importantes reparos y muchas veces es fuente de problemas.

Se exige la firma de un documento tipo, redactado en forma anticipada por abogados para jueces, que trata de dejar pruebas legales de que se han cumplido todos los requerimientos de este proceso. Desconoce que la complejidad de los actos asistenciales, la imprevisibilidad de sus evoluciones y la existencia de más de una postura jurídica, hace imposible prevenir todas las formas posibles de reclamación. En algunos casos los documentos llegan al extremo de incluir

esquemas anatómicos sobre los que se espera que los cirujanos esquematicen lo que proponen hacer a todos los pacientes, cualquiera que sea el momento, su nivel de conocimientos y su grado de vulnerabilidad.

Los objetivos éticos del consentimiento, y por añadidura una reducción significativa de los riesgos de reclamaciones, casi siempre se alcanzan si se crea y mantiene un clima de empatía, calidez y confianza en la relación paciente – cirujano.

La prueba documental de esta transferencia del control debería consistir en un escrito específico y personalizado redactado por los cirujanos para cada uno de sus pacientes, siguiendo por cierto algunas normas generales, pero luego del número de contactos suficiente para establecer el necesario nivel de confianza recíproca y para que el paciente decida en forma auténticamente informada y autónoma.

Qué, cómo y cuando hacer.

En 1817 sir Astley Cooper en Londres después de infructuosas investigaciones cadavéricas tomó la por entonces sorprendente decisión de negarse a tratar a un paciente con un aneurisma aórtico porque no encontró ninguna técnica apropiada y en consecuencia consideró que intentarlo sería un homicidio (19) . Y a fines de la década de 1830 en Montevideo, ante un caso bastante similar, Teodoro Vilardebó hizo una recomendación semejante opuesta a la opinión de colegas de ambas capitales del Río de la Plata (28) .

A principios del siglo XX en Berna Teodoro Kocher formuló claramente el principio de que el uso de procedimientos terapéuticos tiene límites, cuando afirmó que un cirujano es un médico capaz de operar, pero que sabe cuando no debe hacerlo (3) .

Hoy en Cirugía hacer bien, a tiempo, lo necesario (11) , implica entre otras cosas consideraciones sobre la indicación de tratamiento quirúrgico, la oportunidad de realizarlo y la elección de la técnica. Estos tres aspectos constituyen una fuente cotidiana de dilemas y a veces de conflictos éticos muy complejos.

Las indicaciones terapéuticas se basan en consideraciones equilibradas sobre muchos más factores que la enfermedad.

Las primeras son si se debe operar y cuándo se debe hacerlo.

En toda la Medicina el paradigma científico actual de la verdad y de lo que es correcto hacer es la evidencia. Pero en Cirugía, tratar implica una injuria calculada,

un importante componente de realización manual, y mucha fe en la todavía no totalmente previsible capacidad del organismo para cohibir el sangrado, despertar de la anestesia, evitar la infección y cicatrizar sus heridas y así al fin lograr el objetivo terapéutico deseado. En consecuencia en cada caso las recomendaciones de la evidencia deben personalizarse en base a diversas condicionantes:

- el grado de precisión en el conocimiento, el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad,
- la condición general del paciente y, si fuera deficitaria, las posibilidades de mejorarla,
- una consideración completa y rigurosa de los riesgos, dificultades técnicas y beneficios de todas las posibles alternativas terapéuticas,
- la capacitación de los cirujanos,
- y los recursos disponibles en el medio en que actúan.

En verdad que nos preocupa mucho evitar la maleficencia o los hoy llamados “daños colaterales” es decir que nuestro bisturí no se transforme en un arma blanca.

Y así no pocas veces en forma bien fundamentada tomamos la decisión de no operar a pacientes que tienen enfermedades de tratamiento quirúrgico. O no nos consideramos suficientemente capacitados y consultamos o solicitamos apoyo o referimos a los pacientes a cirujanos o equipos con mayor experiencia o recursos para tratar su enfermedad.

O realizamos operaciones menos ambiciosas; en este sentido hace casi medio siglo, cuando todavía no existía un diagnóstico, una valoración y una preparación preoperatoria comparables a los actuales, uno de mis maestros el Profesor Abel Chifflet con enorme lucidez y en forma muy gráfica decía que siempre hay que elegir una operación que esté dentro de las resistencias del enfermo.

Muchas veces en la operación encontramos situaciones inesperadas que sobre la marcha nos exigen modificar la estrategia que habíamos diseñado en el preoperatorio.

Este tipo de decisiones muchas veces nos colocan en situaciones enojosas frente a los médicos que nos han referido a los pacientes “para que los operemos”; ante intensivistas que fuerzan la indicación de una reoperación de pacientes críticos sin conocer los problemas de hacerlo; o ante otros cirujanos que por un proceso de

valoración igualmente riguroso han llegado a conclusiones diferentes a las nuestras.

Ya a principios del siglo XIX en su *Ética Médica* Thomas Percival señalaba el deber de cirujanos y médicos de limitarse a sus respectivas competencias. Y actualmente en la *Ética racional* los individuos deben responder ante todo a su recta conciencia.

Pocos médicos saben que los dilemas sobre lo que se debe hacer o se hizo en la operación todavía continúan para nosotros los cirujanos en el postoperatorio. Mientras el paciente no toma el esperado curso postoperatorio normal, repetidamente nos interrogamos sobre si a pesar de nuestro cuidado habremos elegido la mejor opción para el paciente, o si habremos ejecutado correctamente todos los tiempos y maniobras operatorias.

Estas consideraciones sobre la *Ética* de la indicación y la oportunidad operatoria se relacionan estrechamente con otras que por razones de tiempo sólo voy a mencionar.

Entre ellas las referidas a:

- Las relaciones entre el volumen de casos y la calidad de los resultados, muy dependientes de la demografía y epidemiología del país, y de que los sistemas asistenciales posean centros especializados y mecanismos organizados y ágiles de referencia de pacientes.
- La cirugía innecesaria; hoy los métodos de diagnóstico más sensibles y los tratamientos menos invasivos predisponen a la tentación y al error de indicar operaciones dudosamente justificables (23) .
- Y en términos más generales a las formas quirúrgicas de la futilidad terapéutica, es decir a la realización de operaciones de las que no es razonable esperar un beneficio biológico, o en la calidad o duración de la vida del paciente (10) .

Ejercicio de la Cirugía en organizaciones de asistencia gestionada. (33)(39)(46)

En la actual asistencia gestionada de nuestro país, con diferencias de grado, la búsqueda de la eficiencia económica llevó a que las organizaciones pasaran de facilitar a intermediar la relación paciente - cirujano y luego a interponerse en ella y desvirtuarla. En su escenario no son raras las situaciones absurdas que recuerdan a aquél economista que señaló las ineficiencias de Schubert en su *Sinfonía Inconclusa* al emplear mas de una decena de violines en lugar de uno provisto de un buen amplificador, al dejar demasiado tiempo ocioso a los oboístas, al obligar a

repetir la misma melodía a los distintos grupos instrumentales y al no eliminar el segundo movimiento cuando en el primero ya había alcanzado todos sus objetivos.

Una parte considerable de las decisiones asistenciales las toma “la administración” representada por médicos sin mayor experiencia clínica quirúrgica y hasta por funcionarios. Desde oficinas inaccesibles, no desde consultorios, aplican en forma impersonal normas institucionales basadas en la identificación estadística de necesidades promedio, sin conocimiento ni contacto directo con los pacientes y sin asumir ante éstos su responsabilidad por las mismas.

Las operaciones de coordinación no se pueden realizar cuando el paciente quiere o el cirujano considera más oportuno, sino cuando los cupos de la administración lo permiten.

La racionalización de la organización del personal muchas veces no permite la integración estable de equipos con los anestesiólogos, ayudantes e instrumentistas con que el cirujano está más familiarizado y trabaja mejor, lo que introduce una dificultad muy significativa para las operaciones complejas. El personal no médico trabaja a horario, lo que disminuye la eficiencia de la utilización del tiempo del block operatorio y nos produce una innecesaria e irritante pérdida de tiempo.

Los exámenes complementarios críticos para la toma de decisiones en Cirugía están excesivamente controlados si son de alto costo, o están a cargo de especialistas “baratos” de nivel de capacitación insuficiente para nuestras necesidades.

El acceso a insumos necesarios y costosos está demasiado controlado.

Y el tiempo para la consulta de cada paciente está acotado, desconociendo que en Cirugía el necesario es muy variable y casi siempre prolongado.

Las consecuencias de esta forma de gestionar la asistencia son negativas.

El concepto económico del costo de las oportunidades perdidas, establece unilateralmente limitaciones a las prestaciones brindadas.

Los pacientes no reciben, por lo menos en forma oportuna, el tratamiento que necesitan.

Los cirujanos nos vemos enfrentados a conflictos entre nuestra fidelidad a los pacientes o a los mandatos institucionales, entre lo que correspondería hacer y lo que la administración nos permite hacer. Nuestro profesionalismo resulta disminuido. Es cierto que podemos lograr la autorización para hacer lo que

corresponde; pero al alto costo de un cúmulo adicional de gestiones innecesarias que burocratizan una parte demasiado grande de nuestro tiempo para la asistencia y la realización operatoria.

Además, como somos la cara más visible de la organización, injustamente nos transformamos en el blanco de la insatisfacción de los pacientes (21) .

Y en definitiva la calidad asistencial, tan frecuentemente certificada y utilizada como argumento publicitario por las instituciones, de los tres componentes que hoy la integran sólo califica en eficiencia económica, pero no en los otros dos que son igualmente necesarios: nivel máximo posible de prestaciones y satisfacción de pacientes y profesionales.

Se muy bien que existen limitaciones insuperables para alcanzar niveles de calidad ideales. Pero también se que en muchos aspectos de nuestro sistema asistencial, el nivel de calidad real es inferior al posible si se atendiera en la forma necesaria la eficiencia de todo el proceso asistencial.

Actitud ante los cambios e innovaciones . (4)(9)(11)(16)(17)(25)(30)(31)(33)(38)

Muchos cambios e innovaciones en Cirugía son un factor de progreso de la especialidad porque se desarrollan con la garantía de controles científicos y éticos exigentes, que les confieren la categoría de avances.

Pero hoy se producen en forma tan acelerada que introducen un importante factor de desequilibrio en la competencia profesional.

La sociedad consumista, muy pero no bien informada, los exige indiscriminadamente.

No siempre es fácil apreciar si cumplen con el rigor metodológico usual en Medicina, y si realmente significan un beneficio en favor de los pacientes.

Algunos cirujanos asumen una actitud ética prudente, no se precipitan y posponen su incorporación hasta que se demuestre objetivamente su valor. Muchas veces son injustamente catalogados de conservadores, o peor aún se dice “que se quedaron”.

Otros, menos críticos, los valoran sólo por sus resultados inmediatos y los adoptan; pero en general se entrenan en cursos que carecen de las garantías de los programas de capacitación acreditados. Y entonces surge el problema de los resultados subóptimos durante la llamada “curva de aprendizaje” ante los que, en

una actividad de tan alto riesgo como es la Cirugía , toda actitud tolerante es éticamente inaceptable.

Y finalmente están los llamados “aventureros de las primeras horas” que buscan notoriedad, y adoptan o impulsan cambios sin observar las normas éticas que dan seguridad a los pacientes.

Ante todo es necesario establecer claramente si cada cambio o innovación todavía está en etapa de investigación o ya es de uso libre.

En el primer caso, hasta que sean validados su empleo debe quedar limitado a equipos de investigación serios, que siguen protocolos científicamente rigurosos y son controlados por Comités de Ética de la Investigación Clínica exigentes. Fuera de este contexto podrán obtener resultados sensacionalistas, pero es muy difícil que lleguen a ser éticamente aceptables.

Si por el contrario ya son técnicas de uso libre, antes de adoptarlas hay que considerar si en las condiciones en que se van a aplicar realmente van a dar a los pacientes una alternativa superior o por lo menos igual a la de las técnicas existentes de valor ya establecido. Porque mientras la aplicación de un cambio o innovación requiera capacitación excepcional o recursos extremadamente sofisticados, no sirve a la mayoría de los pacientes y los cirujanos y no es ético aplicarlos fuera de ese marco.

Conflictos de intereses.

Los cirujanos estamos especialmente predispuestos a muchos tipos de conflictos de intereses por nuestra relación a veces intensa con los que tienen intereses secundarios. Por otra parte nuestra especialización y la todavía alta subjetividad de nuestra toma de decisiones hace más difícil que se nos controle en este aspecto (27)(42) .

Los más frecuentes son por intereses económicos sobre todo desde la industria de los insumos, que ejercen su presión mediante obsequios, privilegios, patrocinios, apoyos, viajes, visitas, etc. Como los conflictos de intereses son muy inestables, aún sus formas menores se pueden magnificar rápidamente.

Un ejemplo extremo de privilegio fue una comentada fiesta de un nivel de desmesura digno de las cortes imperiales decimonónicas que importantes compañías de instrumentos para Cirugía mínimamente invasiva ofreció a los concurrentes del Congreso Clínico del Colegio Americano de Cirujanos de 2002.

En 2007 cirujanos ortopedistas estadounidenses auto-reportaron 79.3% de pagos directos y 50.0% de pagos indirectos de los fabricantes de prótesis (36) .

En nuestro medio los conflictos de intereses económicos en Cirugía son mucho menores, pero existen.

En 1997 la Facultad de Medicina de la Universidad de la República emitió una resolución sobre las relaciones entre sus servicios y las firmas y representantes del área biomédica (14) .

También existen conflictos de intereses no económicos, menos estudiados, más complejos y más difíciles de reconocer y regular.

Retos

Estos y muchos otros dilemas y conflictos éticos constituyen retos que exigen una tarea permanente de revisión, de incremento de contenidos y de variación en los énfasis temáticos de la Ética. Ella no se puede postergar o desatender y compete en partes iguales a clínicos y a expertos en Ética.

Para afrontarla existen varias estrategias complementarias.

Existe acuerdo en que las más adecuadas son las que conducen a la formación de una masa crítica de profesionales con un alto sentido de integridad que en toda su actividad apliquen explícitamente la Ética con lo que:

- se consolidan y hacen auto sustentables los avances en este campo.
- la asistencia se vuelve eficiente, actualizada, informada, compasiva y considerada con la vulnerabilidad del paciente.
- y es probable que en las confusiones e incertidumbre de los cambios se tienda a hacer lo correcto.

Para formar esa masa crítica hay una estrategia educativa y otra asistencial, cuyos efectos tienen una latencia.

La estrategia educativa (13)(16) consiste en incorporar en forma sistemática un mayor componente de Ética en los programas de grado, que desarrolle:

- conciencia de nuestra exposición a problemas éticos
- entrenamiento para reconocerlos.

- conocimiento de los principios éticos
- capacidad de identificación de los valores que intervienen en cada caso y de ordenamiento según su jerarquía.
- y razonamiento consistente que concluya en argumentos de sólido fundamento científico y moral, que neutralicen imposiciones arbitrarias o presiones de intereses espurios (14)(33) .

Nuestros programas de formación en la especialidad carecen de un desarrollo suficiente en este aspecto.

La estrategia asistencial consiste en crear espacios en la práctica para el análisis ético de las situaciones clínicas y para la incorporación sistemática de sus resultados en toda la actividad profesional.

Mientras se aguarda su implementación y sus efectos hay otras tres estrategias.

La primera es la normativa. Es necesaria, pero en general las normas se definen después de la ocurrencia de problemas. Los Códigos de Ética de la Academia Nacional de Medicina (1) , del Sindicato Médico del Uruguay (40) y de la Federación Médica del Interior (15) , son mudos en materia de Cirugía.

¿Necesitamos una regulación específica como la Buena Práctica Quirúrgica del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra (41) ? . ¿Deben seguirse estrategias intermedias como la del Colegio Americano de Cirujanos (2) ? . ¿O deben dejarse las cosas como están?

Dentro de muy poco el naciente Colegio Médico del Uruguay deberá abocarse a la redacción de su Código de Ética Médica. Una buena oportunidad para que, si se concluye que es necesario, éste incluya aspectos referentes a la práctica de nuestra especialidad.

La segunda estrategia, también lamentablemente necesaria, es la punitiva.

Recientes estudios canadienses sugieren que entre los cirujanos están aumentando más allá de lo admisible la ocurrencia de formas de comportamiento no profesional (46) .

Pese a que no puedan asegurar que todos los médicos tengan un comportamiento ético, es ineludible tener Tribunales de Ética sólidos e independientes que se ocupen de los transgresores.

Pero el destinatario final de la asistencia es la sociedad. La tarea debe hacerse sin exclusiones y por ello existe una quinta estrategia: la social.

De nuestro lado percibimos el creciente desacuerdo entre los valores de la cultura y los de nuestra Ética, en especial el peso específico de la solidaridad. ¿Divulgamos con la fuerza necesaria en la sociedad nuestras percepciones en esta materia?. ¿Encontramos en ella suficiente eco?.

Los principios de toda Ética están condicionados en forma muy importante por la cultura. Los valores de la nueva cultura social, ¿no terminarán erosionando nuestra Ética?. ¿No estaremos hablando de cosas condenadas a muerte?. ¿No podrá llegar un momento en que los futuros médicos carezcan de la sensibilidad para percibir y aplicar la solidaridad inherente al ejercicio de la Medicina dentro del marco ético?.

Y si esta posible e inquietante posibilidad constituyera un riesgo real, ¿podríamos neutralizarlo o nos veríamos obligados a claudicar?.

Estas reflexiones acertadas, discutibles o equivocadas, no pretenden decir que todo está mal, que la verdad está de nuestra parte y la responsabilidad de sus insuficiencias en la otra, sino que intentan provocar más discusión colectiva sobre este tema.

Mientras haya cambios, la práctica de la especialidad enfrentará nuevos problemas y su Ética continuará siendo un tema en construcción. Realizarla compete a nosotros y a los otros, pero iniciarla y ajustarla a la realidad del ejercicio de la especialidad sólo a nosotros.

No sé si habré colmado alguna de vuestras expectativas. Pero aprecié, y les agradezco como corresponde, la paciencia y atención con que me han escuchado.

AGREGADOS

La voluntad es el motor de acciones que se orientan hacia el logro de ciertos fines sobre cierto objeto y en ciertas circunstancias. Para examinar la moralidad de éstas, hay que establecer si se cumplieron simultáneamente todas estas condiciones:

1. previsión adecuada.

2. buena intención.

3. buena decisión-acción.

4. proporcionalidad de los efectos secundarios conocidos con el resultado buscado, y previsión de los desconocidos.

En la Ética normativa, los que distinguen valores de deberes identifican dos ramas:

- La Axiología , que se ocupa del estudio de los valores.
- La Deontología (del griego δέον "debido" + λόγος "tratado") (Bentham — Deontology or the Science of Morality , 1834 ,) o teoría de los deberes, que se ocupa de la identificación, estudio, ordenamiento y fundamentos de los deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia. Se nutre del marco jurídico, y del marco moral.
- Los códigos deontológicos, reglamentan de manera estricta u orientan en materia de deberes a los miembros de una determinada profesión.

La regulación de la profesión se inició con el Juramento Hipocrático, escrito probablemente hacia el 400 a . C. que es una serie de votos solemnes de naturaleza religiosa que comprometen con una filosofía paternalista de la actividad profesional que asume total responsabilidad sobre el enfermo, y de reglas específicas de conducta médica, que ha sido muy exitoso en Occidente.

Posteriormente aparecieron equivalentes en la Medicina hindú (Caraka Samhita ; siglo I DC), hebrea (Libro de Asaf Harofé; siglo VI DC), persa (siglo X DC) china (y persa.

En 1617, el médico chino Chen Shih-Kung incluyó en su manual de cirugía una declaración sobre ética médica con cinco “mandamientos”, con el respeto a la dignidad de los pacientes como denominador común.

La declaración ética del persa Mohamed Hosin Aghili (1770) enumera hasta 23 deberes, entre los que pueden encontrarse precedentes de las obligaciones éticas actuales en medicina.

Por ejemplo, el médico debe consultar a un colega si no está suficientemente preparado para tratar un caso.

En 1789 en Manchester durante una epidemia de tifus que desbordó la capacidad hospitalaria los administradores decidieron duplicar el personal médico; los médicos de planta lo tomaron como un menosprecio a su capacidad y dimitieron en grupo. La comunidad médica de la ciudad se dividió y a principios de 1792, los administradores pidieron a Thomas Percival un médico muy respetado por su devoción a las causas morales, y devoto cristiano impregnado de sólidos principios judeocristianos, que escribiera un código de conducta que ayudara a resolver el diferendo.

Percival lo terminó en 1794, lo tituló Medical jurisprudente y lo distribuyó primero a los médicos más importantes, y luego con el estímulo de éstos a toda la comunidad médica de la región.

Percival demoró una década en deliberaciones y consultas a sus colegas hasta que en 1803 publicó su Medical ethics un libro de cuatro capítulos con recomendaciones de conducta para la práctica de la Medicina en los ambientes públicos y privados, y con consideraciones sobre aspectos legales y de farmacia.

Su idea clave es que " el médico es la única garantía del bien y del bienestar del paciente "; en consecuencia para ser buen médico hay que ser buena persona.

Hoy se considera que estrictamente no es un código de ética, y que posee un fuerte sesgo paternalista cuando señala que "la superioridad que da la autoridad inspira en la mente de los pacientes gratitud, respeto y confianza".

Sobre todo es un código de práctica y de etiqueta médica con énfasis en las relaciones entre profesionales que marca el deber de cirujanos y médicos de aceptar sus respectivas áreas de trabajo, consultar entre sí los casos complejos, no menospreciar la reputación de sus colegas y respetar la opinión de todos ellos cualquiera sea su rango.

Pero también señala que el hombre sabio actúa según "principios definitivos" mientras que el hombre bueno se asegura que estos principios sean "conformes a la rectitud y la virtud", y la importancia de asumir una actitud sensible tanto a los síntomas como a los sentimientos de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA.

1.- Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

Código de Ética.

Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

Separata del volumen XIII. 1994

2.- American College of Surgeons.

Statements on Principles.

Chicago , IL

ACS Board of Regents. 1994.

3.- Andrén-Sandberg Å, Mai G.

Theodor Kocher (1841–1917) – A Surgical Maestro.

Dig Surg 2001; 18: 311–316

4.- Ashton C, Wray N, Jarman A, Kolman J, Wenner D, Brody B.

Ethics and Methods in Surgical Trials.

J Med Ethics. 2009; 35: 579–583

5.- Axelrod D, Dorr Goold S.

Maintaining Trust in the Surgeon-Patient Relationship. Challenges for the New Millennium.

Arch Surg 2000; 135: 55-61

6.- Becker W.

Pioneers in Thyroid Surgery.

Ann Surg 1977; 185: 493-504

7.- Bedouth F.

Le patient, l'éthique et la chirurgie face aux attentes du corps.

Savoir et Pratiques 2008; 27: 203-205

8.- Berro Rovira G.

Bioética y actividad pericial.

Sitio Internet:

http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/bioet_pericial2007.pdf

Visitado el 10 de mayo de 2010

9.- Bull C, Yates R, Sarkar D, Deanfield J, de Leval M.

Scientific, ethical and logistical considerations introducing a new operation: a retrospective cohort study from paediatric patients.

BMJ 2000; 320: 1168-1173

10.- Cluzet O.

Erradicar la futilidad en la práctica médica: ¿un imperativo categórico? bases éticas para un debate necesario.

Sitio Internet http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/futilidad_cluzet.pdf

Visitado el 1 de junio de 2010

11.- Cosgrove D.

Ethics in surgical innovation: Vigorous discussion will foster future progress.

Cleveland Clinic Journal of Medicine 2008; 75 (Suppl 6): S6

12.- Diethelm A.

Ethical Decisions in the History of Organ Transplantation.

Ann. Surg 1990; 211: 505-520

13.- Eyer de Jesus L

Treinar cirurgiões: hoje como sempre?.

Rev. Col. Bras. Cir. 2009; 36: 529-532

14.- Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Las relaciones entre los Servicios de la Facultad con las firmas y representantes del área biomédica.

Resolución número 5 del Consejo de la Facultad del 5 de marzo de 1997

15.- Federación Médica del Interior.

Código de Ética Médica y Reglamento de Procedimiento.

1995

16.- Filho I.

Uma visão ética sobre novos procedimentos cirúrgicos.

Rev. Col. Bras. Cir. 2009; 36: 101-102

17.- Fins J.

Surgical innovation and ethical dilemmas: Precautions and proximity.

Cleveland Clinic Journal of Medicine 2008; 75 (Suppl 6): S7-S21

18.- Gruen R, Arya J, Cosgrove E, Cruess R, Cruess S, Eastman A, y col.

Professionalism in surgery.

J Am Coll Surg 2003; 197: 605-608.

19.- Graham. H.

Historia de la Cirugía.

Barcelona. Iberia – Joaquín Gil Editor 1942

20.- Hanlon C.

Ethics in surgery.

J Am Coll Surg 1998; 186: 41-49.

21.- Kao A, Green D, Zaslavsky A, Koplan J, Cleary P.

The Relationship Between Method of Physician Payment and Patient Trust.

JAMA 1998; 280: 1708-1714

22.- Kompanje E J.

A remarkable case in the history of obstetrical surgery: a laparotomy performed by the Dutch surgeon Abraham Cyprianus in 1694.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 118: 119-123

23.- Leape L .

Unnecessary surgery. Health Serv Res. 1989; 24: 351-407.

24.- Lerma C.

Dilemas Éticos del Cirujano.

Discurso Presidencial en el XXVI Congreso Nacional de Cirugía (Colombia).

Rev. Colomb. Cir. 2000; 15: 222-225.

25.- Lieberman I, Herndon J, Hahn J, Fins J, Rezai A.

Surgical innovation and ethical dilemmas: A panel discussion.

Cleveland Clinic Journal of Medicine 2008; 75 (Suppl 6): S13-S21

26.- Little J.

Ethics in Surgical Practice.

Br.J.Surg 2001; 88: 769-770

27.- MacKenzie R, Cronstein B.

Conflict of Interest.

Hospital for Special Surgery J 2006; 2: 198-201

28.- Mañé Garzón F.

Primer curso de Fisiología Experimental dictado por Cl. Bernard. Vilardebó primer médico Uruguayo.

Montevideo. Fundación Beisso Fleurquin. 1989

29.- McCullough L, Jones J.

The Art of Medicine. Unravelling Ethical Challenges in Surgery.

Lancet 2009; 374: 1058-1059

30.- McDonald P, Kulkarni A, Farrokhyar F, Bhandari M.

Ethical issues in surgical research.

Can J Surg, 2010; 53: 133-136

31.- McKneally M.

Ethical Problems in Surgery: Innovation Leading to Unforeseen Complications.

World J. Surg. 1999; 23: 786–788

32.- Moore F.

John Collins Warren and His Act of Conscience: A Brief Narrative of the Trial and Triumph of a Great Surgeon.

Ann Surg 1999; 229: 187-196

33.- Moore F.

Ethical Problems Special to Surgery. Surgical Teaching, Surgical Innovation and the Surgeon in Managed Care.

Arch Surg 2000; 135: 14-16

34.- Nandi P.

Ethical Aspects of Clinical Practice.

Arch Surg. 2000;135:22-25

35.- Nunn D.

Dr. Halsted's Secret Operation on Dr. Matas.

Ann. Surg. 1992; 216: 87-93

36.- Okike K, Kocher M, Wei E, Mehlman Ch, Bhandari M.

Accuracy of Conflict-of-Interest Disclosures Reported by Physicians.

N Engl J Med 2009; 361: 1466-1474.

37.- Sabiston D.

Major Contributions to Surgery from the South.

Ann Surg 1975; 181: 487-507

38.- Schultz D, Mcgrath M, Murray T, Greenberg R, Fogarty T.

New surgical devices and ethical challenges: A collection of perspectives and panel discussion.

Cleveland Clinic Journal of Medicine 2008; 75 (Suppl 6): S74-S84

39.- Sheldon G.

Professionalism, Managed Care and the Human Rights Movement.

American College of Surgeons Bulletin 1998; 83 (12): 13-33

40.- Sindicato Médico del Uruguay.

Código de Ética Médica.

1995

41.- The Royal College of Surgeons of England.

Good Surgical Practice.

2008

42.- Thompson D.

Understanding financial conflicts of interest.

NEJM 1993; 329: 573-576

43.- Torjuul K, Nordam A, Sørli V.

Action ethical dilemmas in surgery: an interview study of practicing surgeons.

BMC Medical Ethics 2005, 6: 7-16

44.- Tung T, Organ Cl.

Ethics in Surgery. Historical Perspective.

Arch Surg 2000; 135: 10-13

45.- Vanderpool H.

Surgeons as Mirrors of Common Life. A Novel Inquiry into the Ethics of Surgery.

Texas Heart Institute J 2009; 36: 449-450

46.- Warnock G.

Reflecting on principles of professionalism.

Can J Surg 2008; 51: 84-85