

ORACIÓN MAESTROS DE LA
CIRUGÍA COLOMBIANA

Doctor MARIO RUEDA

Aspectos éticos y legales del ejercicio de la cirugía

1991

Presentador del orador

Doctor ALVARO CARO

Aspectos éticos y legales del ejercicio de la cirugía

Doctor MARIO RUEDA

El pasado 5 de julio, los colombianos iniciamos una nueva vida institucional, ordenada por el pueblo democráticamente, lo cual representa para el país uno de los hechos históricos más sobresalientes del presente siglo, por sus repercusiones políticas, económicas y sociales que lógicamente se vislumbran. La salud deja de ser un privilegio y registra su ingreso a la Carta Magna, como un mandato constitucional, al reconocerse el derecho que a ella tienen todos los colombianos, con especial mención de los niños, los ancianos y aquellas personas que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta. La seguridad social se establece como un servicio público obligatorio y se introduce el concepto de la protección del medio ambiente y la necesidad de la recreación y el deporte. Se le da al ciudadano una nueva dimensión: disfrutar de una buena calidad de vida, como un mínimo derecho humano. En fin, la salud es reconocida como elemento esencial del desarrollo.

Todo significa haber dado un gran paso, que hace prever trascendentales reformas en todos los órdenes y que nos obliga necesariamente a quienes pertenecemos al sector de la salud, a aportar conocimientos al estudio de las leyes que darán inmediata aplicación a las nuevas normas establecidas.

Una brece disertación sobre el nacimiento de la medicina nos hará comprender mejor cómo ha sido su permanente y afortunada evolución. Puede decirse que su historia se remonta al origen de la sociedad (figura 1). Todos los historiadores están de acuerdo en que la medicina en sus primitivas épocas surgió de la institución del hombre y de cuando la mujer tuvo su primer hijo. Fue empírica y también supersticiosa. La empírica fue prontamente abandonada y remplaza por la medicina sacerdotal, dada la circunstancia de que eran los sacerdotes quienes más influían sobre el pueblo y con esta característica sacerdotal se conserva entre los egipcios y los persas.

Los griegos, con su espíritu de leyenda, sorprenden al mundo con una nueva medicina: la medicina mitológica, hermosamente referida en los poemas de la época, donde Patroclo, el más dulce de los hombres, sobresalía curando heridas y Aquiles, su amigo, era célebre en el arte recibido de Quirón (figura 2). Se creía

que la medicina había descendido del cielo y se decía también que Apolo la había inventado cuando fue pastor con Admito.



Figura 1. Puede decirse que la historia de la medicina se remonta al origen de la sociedad.



Figura 2. Aquiles era célebre en el arte recibido de Quirón.

Su influencia fue muy escasa en la medicina helénica, hasta la aparición de Hipócrates (figura 3), a quien la posteridad lo reconoció como el padre de la medicina, que hizo de la escuela médica de Cos un nombre, cuyo brillo ha perdurado hasta nosotros. A él se le atribuyen 72 textos, 42 historias clínicas y su imagen será recordada como un hombre ilustrado, sabio y modesto que inspiraba confianza, que a pesar del momento en que le correspondió actuar pudo humanizar el arte médico y convertirlo una vez más en patrimonio del hombre. Sus discípulos llevaron su escuela a Alejandría y con las guerras púnicas, sus enseñanzas penetraron a Roma.

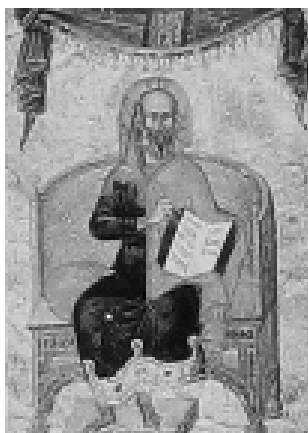


Figura 3. Representación bizantina de Hipócrates que data del siglo XIV. El original reposa en la Biblioteca Nacional de París.

En la India y en Ceilán tuvieron origen los médicos militares y para nuestra sorpresa encontramos que los colegios médicos, es decir, las asociaciones médicas, que en la actualidad creemos como organizaciones contemporáneas, existieron entre los egipcios, representados en los colegios sacerdotales, integrados por médicos que gozaban de abundantes privilegios públicos.

De aquella época en que la medicina y su desarrollo iluminaban la humanidad, es preciso dar un salto a los siglos IX, X y XI en los cuales la escuela médica de Salerno adquire-

re un prestigio mundial. Las culturas latina, griega, árabe y hebrea florecieron allí y se creó el primer esbozo de universidad que se conozca en épocas remotas. Ya en el siglo XIII por orden de Carlos de Anjou, se expiden por primera vez títulos de Doctor en Medicina y cirugía y se establece un ritual para la entrega del diploma: al graduando se le tomaba el jumento de Hipócrates y se le colocaba un bonete, un cinturón de oro y un anillo de caballero. Se dictaron leyes relacionadas con el ejercicio de la profesión que establecían severas sanciones para los infractores.

A través de todas las épocas de la humanidad, los médicos han desempeñado un papel de primera importancia, que ha sido reconocido por todos los pueblos. En los siglos XVI, XVII y XVIII influyeron en las cortes, en las teorías filosóficas reinantes, en las artes, en la ciencia, asegurando así el porvenir y la grandeza de la medicina.

Estudiando la vida nacional, vemos que la época de la Colonia era ya alumbrada por el faro de la medicina y a su servicio se integra una gran figura de la medicina colombiana, el padre Miguel de Isla, reconocido entre nosotros como el fundador de la carrera médica; y en los albores republicanos, tenemos al General Santander con su genio creador, legislando para que se fundaran las primeras facultades de medicina en Bogotá, Quito y Caracas.

Encontrándonos en las postrimerías del siglo XX y habiendo sido testigos presenciales de cómo los conocimientos médicos han progresado en los últimos años más que en toda la historia mencionada, y cómo la medicina artesanal avanza vertiginosamente para convertirse en una nueva ciencia, es preciso en este momento reflexionar si la ética que nos enseñara Hipócrates continúa vigente para dar respuesta a los grandes cambios sociales, científicos y tecnológicos actuales y futuros en el campo de la medicina y si no resulta excesivamente simple el razonamiento ético tradicional para el análisis de las nuevas, numerosas y complejas formulaciones.

Meditemos, para iniciar, si la medicina actual corresponde a lo que primitivamente se designó con ese nombre y si aun está acorde con la etimología de la palabra misma. El término medicina se deriva del adjetivo "Medicus" y del verbo latino "Mederi" que significan curar. Pero si penetramos en las raíces del sánscrito, la misma palabra latina tiene una raíz en aquel idioma, que ya deja entrever su acción y su destino al servicio de la comunidad. Esa raíz sánscrita es "Medth" cuyo significado es conjurar. En efecto, la medicina en el sánscrito y en el indostaní ha significado "conjurar los males", concepto que va más allá de curar, al integrar la prevención ⁽¹⁾.

Uno de los grandes problemas de la medicina contemporánea es el relativo a la filosofía de su ejercicio. La relación médico-paciente sufre en los últimos

decenios grandes modificaciones como consecuencia de la socialización de la asistencia médica y aun cuando la medicina continúa siendo el arma más poderosa para conjurar los males, como nos lo enseña la raíz sánscrita, necesario es admitir que la salud no se fundamenta únicamente en los servicios médicos, ya que no es posible desconocer los determinantes patógenos del medio ambiente vinculados con la conducta del individuo o de la sociedad, factores externos como el empleo, la vivienda, el vestuario, el alcantarillado, la atmósfera y otros, que permiten definirla como un problema multifactorial ^(2, 3) (figura 4).

No seríamos objetivos si consideráramos que la atención médica es la única que ha logrado mejorar el estado de salud de las grandes colectividades. El control estatal de las aguas y de los alimentos, los progresos en la agricultura y el cuidado del ambiente, son los verdaderos artífices del bienestar de los cuales disfrutaban los países desarrollados.

La salud es el estado de completo bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de enfermedad, por tanto, el estudio de todas las causas que inciden en ella debe preocupar por igual a los investigadores. La familia, el trabajo y la forma de vida son temas cada día más inquietantes y la responsabilidad del médico debe extenderse a la cooperación con las autoridades en la prevención de las enfermedades y no limitarse únicamente al cuidado del paciente como individuo.



Figura 4. La salud no se fundamenta únicamente en los servicios médicos, porque también influye en ella el medio ambiente.

Los mandatos que encontramos en la nueva constitución que tienden a garantizar la salud y la seguridad social a toda la población, tendrán hondas repercusiones en la estabilidad social, siempre y cuando los servicios se presenten sin consideraciones únicamente económicas.

La responsabilidad compromete al equipo de salud como principal promotor, pero con la concurrencia de la comunidad en su conjunto, es decir, el Estado, la sociedad y la familia. Somos los

médicos quienes tenemos una visión más amplia del complejo problema que nos corresponde afrontar y debemos conservar el liderazgo que por lógica nos pertenece.

La forma humanitaria y altamente respetuosa de ejercer la profesión, acompañada siempre de una sólida formación adquirida dentro de los más estrictos métodos científicos, continuará siendo nuestro mayor patrimonio, y no hay razón para que nuestra profesión, cuya esencia es la salud humana, no pueda ser administrada por nosotros.

La formación de especialistas, la organización de sociedades científicas y las reuniones que estas promueven, la publicación de artículos y textos, la asistencia a congresos, son las actividades que más parecen preocuparnos, pero debemos admitir que las funciones administrativas en el campo de la salud deben ejercerlas preferencialmente quienes han dedicado su vida a la enseñanza y al ejercicio de la profesión y han demostrado conocimientos y aptitudes en estos menesteres. Se requiere decisión y liderazgo para que la salud no vaya quedando en manos educadas en disciplinas diferentes, con grandes apetitos burocráticos y políticos, que piensan con mayor interés en los costos que en los resultados.

Como consecuencia del crecimiento poblacional, y el aumento de los precios que conlleva el empleo de nuevas tecnologías y la necesidad de dar mayor cobertura en los servicios de salud, los gobiernos han venido propiciando el ejercicio de una medicina colectiva, que involucra el principio de la prevención como una necesidad social, con peligrosa exclusión de pacientes según sus recursos económicos, con menoscabo de la atención de enfermos que requieren el tercer nivel de esta, encargada de los enfermos más graves, que podría convertir la prestación de los servicios de salud en algo francamente antiético, si no se adjudica el presupuesto adecuado, que permita a quienes más requieren atención por la severidad de sus dolencias, obtener los servicios altamente calificados de la cirugía y de la medicina científica que hoy están a nuestro alcance ⁽⁴⁾.

La compleja situación que afronta el médico actual condujo al legislador a implantar la enseñanza obligatoria de la ética en todas las facultades de medicina como una necesidad para el ejercicio de la profesión, pues su conocimiento es tan importante como el de la técnica misma, si consideramos que hoy en medicina podemos hacer todo o casi todo, pero no siempre estamos seguros si nos encontramos autorizados para hacerlo; y qué decir si meditamos en las grandes conquistas que se vislumbran para el siglo XXI con el apoyo de la electrónica, la ciencia nuclear, la energía solar y la bioquímica celular en sus niveles molecular y submolecular ⁽⁵⁾.

No sobra recordar que los progresos de la medicina y de las ciencias biológicas en general no siempre han representado bienestar para la sociedad, pues basta pensar en el estallido de la bomba atómica en Hiroshima, para comprender que la ciencia en ocasiones no es una actividad inocua y que sus estudios, al tiempo que producen ingentes beneficios, también pueden ser utilizados con objetivos siniestros, y que en algunos sucesos como el mencionado, fueron más allá de lo previsto y, si se quiere, hicieron pensar al hombre ya no en su propia muerte, sino en la extinción de la especie, temor que se acentuó recientemente, en 1986, con el accidente de Chernobyl, cuyas consecuencias políticas, militares y médicas fueron de tanta magnitud, que en el solo primer día de la emergencia, desde Kiev y otras ciudades cercanas, entre médicos y estudiantes de último año se llevaron allí alrededor de 7.000 de ellos y por muchos años se deberá

continuar prestando atención a las 300.000 personas afectadas en el grave accidente ⁽⁶⁻⁹⁾.

Los interrogantes que se han formulado ante los avances sociales, científicos y tecnológicos de la biomedicina y el deseo de encontrar soluciones éticas a los problemas, inspiraron a un grupo de científicos a fundar la bioética, que es una disciplina intelectual y científica que tiene cuatro lustros de existencia.

Su creador fue el oncólogo Van Rensselear Potter, de la Universidad de Wisconsin, quien advirtió que "La ciencia sin conciencia no conduce sino a la ruina del hombre".

La tecnología avanza a un ritmo nunca visto: el trasplante de órganos, la reproducción programada, la ingeniería genética y la genetoterapia, el diagnóstico prenatal y la eugenesia, son capaces de producir bien o de hacer daño. La vida va dejando de ser en sus orígenes el fruto del azar. Con el transcurso de los años el ser humano estará en capacidad de orientar la vida de su descendencia y ya comprobó en el laboratorio que puede modificar el sexo en los animales.

Hace apenas 25 años, el hecho de que en una probeta se unieran el espermatozoide con el óvulo para formar un embrión pudiera haberse calificado como desbordada imaginación, pero siendo hoy una realidad, nos preocupa desde luego pensar que el ser nace de esta conjunción, es por miles de aspectos una persona natural completamente distinta a la luz del derecho, de la que contemplan nuestros códigos, los cuales requieren precisiones al respecto ⁽¹⁰⁾.

Por todo lo anterior, debemos meditar, como bien lo dice Fernando Sánchez que "el individuo que reflexione sobre temas ligados a los caros valores intelectuales, se prepare para hacer frente a las nuevas situaciones y, precisamente es a la bioética a la que le corresponde examinar los efectos de esta auténtica revolución biológica a la luz de los valores y de los principios morales".

La bioética surge entonces como una necesidad en la medicina moderna con el objeto de estudiar las relaciones entre la vida y los valores humanos, entre los nuevos aportes científicos y su regulación ética. No se trata de una doctrina moral ni de una metodología filosófica sino de la respuesta a urgentes necesidades de la medicina contemporánea, y es así como la bioética general comprende los temas vinculados con las decisiones de política sanitaria, higiene de la población y sistemas asistenciales; la bioética profesional se ocupa de la relación médico-paciente en los temas de la veracidad, consentimiento, intimidad, honorarios y deberes del médico; la bioética especial analiza los problemas vinculados con los límites de la vida: autonomía, esterilización, cambio de sexo, eugenesia, ingeniería genética, mutilaciones, prolongación de la vida, inseminación, fertilización extrauterina, aborto, experimentación con pacientes, trasplantes, límites de las indicaciones quirúrgicas, etc. ^(5, 11).

El entusiasmo y la gran difusión que despierta hoy la bioética ha provocado también dudas o temores entre los médicos muchos de los cuales consideran que se han prestado a problemas y a frecuentes acciones jurídicas.

Se requieren soluciones claras para los cirujanos, pero no siempre son posibles por cuanto muchos métodos permiten soluciones alternativas o reconocen enfoques vinculados con creencias religiosas o criterios políticos. Por su formación y por las características propias de su trabajo, el médico en general no está capacitado para resolver y afrontar los dilemas éticos y legales que se presentan en el ejercicio de su profesión y es el deseo de aproximarme a este tema uno de los principales que me animan en esta conversación.

En los tiempos primitivos no existían las reglas del derecho y no se tenía noción de la responsabilidad. Se utilizaba la venganza para compensar los daños, surgió luego una concepción personalizada de la responsabilidad, basa en el principio de la reciprocidad, y fue Hammurabi (figura 5), rey de Babilonia (1730-1685 a. C.), quien ordenó una codificación de leyes para regular la práctica de la cirugía y por primera vez en la historia se definieron deberes y responsabilidades del cirujano y se establecieron sanciones que eran tan drásticas como el propio daño ocasionado; son los romanos los que adquieren la noción de la obligación jurídica, y en las Institutas de Justiniano (figura 6) se definió dicha obligación como un vínculo de derecho, por el cual estamos constreñidos a la necesidad de pagar cierta cosa, según el derecho de nuestra ciudad. Más tarde en el año 408 d. C., surge la ley Aquilia y con ella el concepto de culpa se introduce en la estructuración de la responsabilidad, para proteger a los pacientes de la negligencia o la imprudencia de ciertos cirujanos.

A partir de las ideas del Renacimiento la medicina incorporó el concepto ético de luchar por la vida en contra del destino natural, y una moral racional reemplazó al viejo fundamento mesiánico del medioevo.



Figura 5. Hammurabi reinó en Babilonia alrededor del año 1600 a. C.

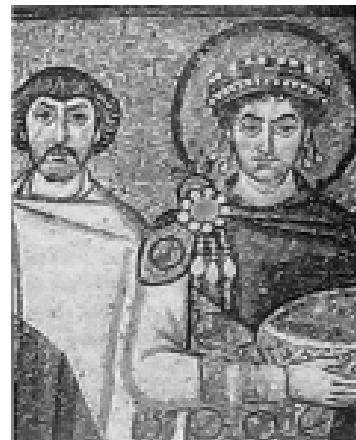


Figura 6. Justiniano I). Mosaico de Ravena del siglo VI.

Durante el siglo XIX dominó el criterio de la responsabilidad solamente moral, que logró para los médicos una verdadera situación de inmunidad jurídica. Los franceses consideraban que en la medicina todo es opinable y relativo, imposible de ser juzgado, y que solamente podía tomarse como culpa médica aquella grave, producida por un error elemental.

En los tiempos actuales, en cambio, todo se ha concentrado en el vínculo del médico con el paciente; y el médico se ha ubicado en una situación que le permite actuar con decisión propia ante su enfermo, eso sí, dentro de los códigos de ética que fijan los criterios del comportamiento ⁽¹²⁾.

La ley civil será más adecuada a la sociedad mientras más acorde esté con la ética natural, por lo tanto, las normas legales no se apartarán de los principios de la ética y de la bioética, dejando al médico y a su conciencia un amplio margen de libertad. Lo que la ética exige al médico, la ley lo hará un deber legal, con normas que establecen para la responsabilidad ética, también una responsabilidad jurídica, que bien puede ser civil o penal. La negligencia, el abandono, la impericia o la imprudencia del médico, generan la obligación de resarcir el daño en el terreno jurídico.

La Constitución establece la obligación del estado de salvaguardar la moralidad, la seguridad y la salud pública y lo autoriza para inspeccionar y vigilar las profesiones. Somos conscientes de la necesidad de regular el ejercicio de nuestra profesión para asegurar eficacia y pulcritud, con leyes que no perjudiquen ni impidan su creciente desarrollo, que den cabida a la investigación e impulsen su actualización y renovación, elementos que constituyen el medio más apropiado para conservar y mejorar la calidad intelectual que nuestra profesión exige.

En 1981, se expide en Colombia la Ley 23 "por la cual se dictan normas en materia de ética médica", fruto de un prolongado estudio adelantado conjuntamente con representantes del Ministerio de Salud, la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Colombiana y que constituye uno de los más importantes logros alcanzados para la defensa del ejercicio ético de la medicina en nuestro país. Gracias a esta ley se establece la obligación de la enseñanza de la ética, se acoge como juramento el acordado por la Asociación Médica Mundial, se crean los Tribunales de Ética, integrados por médicos con amplio y meritorio ejercicio profesional, y se establece un régimen disciplinario como mecanismo indispensable para la aplicación de la ley. El médico conoce allí cuáles son sus derechos y sus deberes y ante los magistrados su conducta podrá estar amparada solamente por la ética y la ley.

¿Quién de los aquí presentes no podrá encontrarse en ocasiones decisivas acompañado únicamente de su propia conciencia frente a problemas que deberá atender por sí solo, de acuerdo con su honestidad? ¿A quién atenderá primero

en casos de urgencias colectivas cuando se requiere un aparato disponible para uno solo? ¿A quién operará primero en caso de una catástrofe? Descubierta una determina patología en el curso de un acto operatorio, ¿ampliará su intervención programada con el fin de prevenir riesgos futuros? Se debe reconocer la elección de conciencia, lo cual implica que el derecho debe dar validez legal a la decisión ética adoptada por el médico en cada caso, porque si no, el médico quedaría cohibido por temor a sus responsabilidades.

La cirugía es la disciplina médica que más ha evolucionado y a ella se han incorporado nuevos conocimientos sobre trauma, cuidado intensivo, estado séptico, nutrición y trasplante de órganos y con el apoyo de la endoscopia, el ultrasonido, la tomografía y los Rx, ha logrado recientes técnicas que la hacen menos traumática e incapacitante; la laparoscopia, la cirugía por video-laparoscopia, la angioplastia y el empleo de rayos láser, no son otra cosa que expresiones precursoras de lo que será la cirugía general en el futuro ⁽¹³⁾.

Si entendemos a la cirugía como "la ciencia que tiene más arte", tal como la definió el doctor Arturo Wilks en el VII Congreso Latinoamericano de Cirugía, podemos deducir que en el ejercicio de la misma predomina la inteligencia sobre el aspecto puramente manual y que quienes a ella se dedican, ofrecen un servicio básicamente intelectual, debiendo actuar dentro de una ciencia que no es exacta y que en su faceta artesanal, se presentan también infinidad de posibilidades que permiten actuar en forma diferente frente a casos análogos. Los pacientes, por lo tanto, no pueden quedar expuestos al libre proceder del cirujano porque existen criterio ya consagrados como doctrina, que limitan su ejercicio y lo obligan a proceder conforme a lo establecido científicamente.

No podemos pretender por lo mismo que exista un catálogo definido y preestablecido sobre la conducta a la cual debe ceñirse, porque también existen múltiples situaciones atípicas que excepcionalmente han tenido ocurrencia. Es al juzgador a quien corresponde en casos de conflicto, determinar cuál era el cuidado exigible en la concreta situación comparando la conducta asumida, con aquella que en caso similar hubiera seguido en el mismo ámbito un médico prudente y diligente.

Ni legal ni contractualmente el médico está obligado ni puede comprometerse a curar, sino a tratar de hacerlo aplicando técnicas correctas con la mayor prudencia en su ejercicio. Es la llamada obligación de "medio", que lo obliga únicamente a intentar un éxito, es decir, no se compromete a obtener un resultado cuyo alcance no es posible garantizar de antemano.

Se deduce la importancia de elaborar siempre una historia clínica completa, fruto de un concienzudo examen físico; de ordenar los exámenes paraclínicos necesarios, luego evaluarlos juiciosamente y consignar la terapéutica indicada y las instrucciones que el paciente recibió.

Definiremos la responsabilidad del cirujano como la "obligación" de sufrir las consecuencias de ciertas faltas cometidas en el ejercicio de su arte, faltas que pueden representar una doble acción: civil y penal. Esta responsabilidad tiene características de culpa y si el daño no es premeditado, será considerado culposo, pero si se causó intencionalmente será doloso. La infracción culposa es la modalidad en que con más frecuencia se incurre, por violación de los deberes de cuidado que traen como consecuencia una lesión para toda la vida o la integridad personal de los pacientes. Pero los médicos también pueden incurrir en responsabilidad penal por conductas dolosas por prácticas de aborto, falsedad en documentos, en excusas o registros médicos, eutanasia, inseminación artificial no consentida, irrespetos a cadáveres, etc. ⁽¹⁴⁾.

Fácil es entender que la responsabilidad del cirujano va más allá de la culpa leve, en virtud de que lo que se le ha confiado como bien jurídico es la vida de un ser humano y difícil sería encontrar un fenómeno en el que se cause un daño a la salud humana, o en el que se produzca el resultado fatal, que no se vincule en forma directa con el derecho penal ⁽¹⁵⁾.

Refiriéndonos a la culpa, señalaremos que los profesionales no tienen la libertad de ser idóneos o torpes, pues su título los obliga a ser hábiles y prudentes. Un acto de ignorancia o de torpeza es culpa. Se debe conservar la idoneidad mientras se permanezca en ejercicio con base en la responsabilidad, el estudio, la autodisciplina y la autoevaluación.

Incorporada como está la responsabilidad médica a la legislación, es necesario prevenir los daños y cumplir las normas técnicas, evitar la temeridad, el abandono o la falta de conocimientos que ocasionan perjuicios al enfermo y es el momento de enfatizar, que solamente cuando el médico ha completado sus estudios de posgrado podrá actuar como especialista y ofrecer al paciente sus conocimientos, que deberán ser continuamente actualizados y periódicamente recalificados ^(16, 17).

La Sociedad Colombiana de Cirugía ha propuesto que se modifique el título de Médico y Cirujano que otorgan las facultades de medicina, pues amparados en él, hay quienes practican cirugías para las cuales lógicamente no se encuentran preparados, propiciando con ello una de las principales causas de iatrogenia, que no es otra cosa que la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad terapéutica o diagnóstica, en el ejercicio correcto de la profesión, como también por impericia, imprudencia o mala práctica.

Debemos aceptar que la práctica médica produce iatrogenia y procurar que esta sea lo menos recuente es nuestro deber, porque si el daño no fue previsto o evitado por el autor, hay culpa, que lo obliga a una reparación. Ha dicho Steimberg: "El mejor médico no es el que sabe más, es el que se equivoca menos".

Sabido es también que quien no tiene las condiciones necesarias para emprender la acción planeada, debe omitirla. Por esta razón, el médico, antes de aceptar adelantar un determinado tratamiento, analizará su propia capacidad, con el fin de evaluar si está en condiciones técnicas y físicas para asumir el tratamiento de un paciente. Si no lo hace, estaría faltando a un deber de cuidado interno, el deber del examen previo, que lo obliga a prever los peligros posibles para su paciente ⁽¹⁸⁾.

Cada día es más preocupante el tema de la cirugía innecesaria, pues no es fácil su calificación. Se trata de procedimientos practicados con buena técnica pero que dejan al paciente igual o peor que antes de su ejecución. Se incluye la operación de órganos sanos, con previo conocimiento de que no existía una enfermedad real. Los comités de estudios histológicos han demostrado su eficacia para vigilar el grado de patología de los órganos extirpados, y resulta satisfactorio observar que, gracias a su acción, la apendicectomía profiláctica está casi abolida, y se ha visto también cómo disminuyen las amigdalectomías y las histerectomías. No sucede igual cosa con la cesárea, cuyo número se hace cada día mayor, sin que podamos comprobar siempre su justificación científica ⁽¹⁹⁾.

Las actuaciones del cirujano exigen por lo general la participación activa de otros especialistas de igual jerarquía científica, y también de personal auxiliar que lo obligan a ser como el Rector, que debe conocer y vigilar todos los movimientos de sus colaboradores, coordinar todas las tareas y tomar las decisiones. Esta colaboración de otros especialistas autonomía, como el anestesiólogo, el cardiólogo o el patólogo, significa una responsabilidad compartida y, en general, aun cuando no existe un contrato directo entre el anestesiólogo o el cardiólogo y el enfermo, su necesaria labor hace entender que sí existe un contrato tácito que los obliga a asumir, por lo tanto, la responsabilidad que a su actuación le corresponde.

La repartición o partición de honorarios está reñida con la ética. Si en la asistencia de un enfermo han intervenido varios médicos, los honorarios se presentarán separados o en conjunto, aclarando los nombres de los profesionales. El pago o la percepción de porcentajes derivados de la prescripción de estudios complementarios, medicamentos, prótesis, radioterapia, representan clara violación a la ética y a la dignidad profesional.

Las publicaciones científicas representan una forma de enseñar y reflejan el trabajo, el esfuerzo y el estudio de su autor, quien debe limitarse a relatar en forma clara sus experiencias con el fin de ayuda otros médicos, publicando únicamente aquello de lo cual se está seguro, con una exposición hecha con precisión, coherencia y sencillez y un título que corresponda plenamente al contenido e intenciones del trabajo. Las revistas médicas seleccionarán los artículos y rechazarán aquellos que no se ciñan a los métodos científicos, pues

son tantos los títulos que están siendo añadidos permanentemente a la literatura médica, que se calcula que se tendrían que leer cerca de 100 artículos diarios para mantenerse actualizado. Decía Sir William Osler: "Es sorprendente con cuán poca lectura un doctor puede ejercer medicina, pero no es sorprendente cuán mal lo puede hacer" ⁽²⁰⁻²²⁾. Las divulgaciones de temas médicos con características de sensacionalismo o de propaganda personal, significan una grave falta. Las valiosas colaboraciones en campañas de educación sanitaria y en la prevención de enfermedades, se limitarán a tratar temas útiles sin pretender transmitir el saber médico a la población. Se reservarán las polémicas sobre temas en discusión, para tratarlas adecuadamente en el ámbito de las sociedades científicas o de la academia, como los lugares más apropiados para tales fines. Meditemos en los motivos nobles y generosos que animan a nuestra profesión y no colaboremos a que los programas aprovechen estas oportunidades para rebajarnos.

Las huelgas médicas, de ingrata recordación para los colombianos, promovidas generalmente con moras a obtener beneficios económicos o mejores condiciones de trabajo, resultan siempre en perjuicio de los enfermos, que por ser responsables del conflicto, ni de la solución de los problemas, vienen a recibir un daño injusto con aumento de su sufrimiento. Las razones económicas pueden acompañar a quienes participan en una huelga médica, pero nunca la sociedad podrá entender ni apoyar un acto que ha sido calificado de inhumano, que riñe con los fines de la profesión, pues aun cuando quienes en ella participan atiendan los servicios de urgencia, se comprende lógicamente que el compromiso médico va más allá de evitar la muerte, pues le corresponde también mitigar el dolor ⁽²³⁾.

La responsabilidad civil y penal de los médicos se ha constituido en un tema de trascendental importancia, debido fundamentalmente a la esencia de la profesión: el ser humano, su vida y su salud, considerados como bienes jurídicos que la legislación debe proteger eficazmente frente a los actos médicos impropios, que no pueden considerarse como de riesgo. Pero tampoco es un secreto para nadie que cada día se presentan manipulaciones extrañas con los enfermos y sus familiares, que han logrado que prosperen los juicios contra los cirujanos en forma incontrolada, lo que ha conducido en algunos lugares a practicar la llamada "cirugía defensiva" en donde el cirujano, temeroso de las demandas y para protegerse de las mismas, solicita exámenes innecesarios y evita procedimientos lógicos o, por el contrario, se excede en el tratamiento con el pretexto de haber hecho todo lo posible.

La nueva Constitución da también gran preponderancia a los derechos humanos y como es natural, los derechos del enfermo hacen parte muy importante de los mismos, entendida la atención médica como un acto de profunda solidaridad humana, que involucra para quien lo ejecuta, una responsabilidad social, cuyo contenido es a la vez profesional y ético.

El paciente quirúrgico debe recibir una información detallada y comprensible sobre el tratamiento a que será sometido. Debe conocer los riesgos, las moles-

tias posoperatorias, el resultado estético, el tiempo de convalecencia, los costos del tratamiento y espera que todos los informes médicos y comunicaciones pertenecientes a su cuidado, serán tratados con reserva y discreción. Igualmente será informado sobre los riesgos que corre al no aceptar el tratamiento propuesto.

La investigación científica tan necesaria para enriquecer y renovar los conocimientos, se reserva en los enfermos únicamente para aquellos casos en los cuales los métodos convencionales no ofrecen eficacia, siempre y cuando se obtenga el consentimiento del paciente. La necesidad de reglamentar la investigación en seres humanos se inició con el código de Nuremberg en 1947, con la proclamación de algunos principios básicos que fueron ampliados en la declaración de Helsinki, en 1964, con normas que afiancen la libertad y la seguridad de los individuos sometidos a ensayos clínicos a experimentación quirúrgica, la información al paciente sobre la naturaleza del riesgo, el consentimiento libre del paciente y la posibilidad de retirarse del experimento en cualquier momento. En la enmienda de Tokio en 1975 se recomendó la creación de comités de ética para revisar los protocolos de la investigación, como requisito previo a las publicaciones en las revistas médicas ⁽²⁴⁾.

Como un elemento inevitable en la relación del médico con el paciente, en ciertos casos ocurre la muerte, con las implicaciones familiares y sociales que corresponde conocer. Los innumerables recursos que permiten prolongar la vida, han provocado dilemas éticos y dificultades en la comprensión y definición de la muerte y se observa una variación en la actitud de la sociedad frente a la misma. La muerte, que antes era considerada como un proceso natural, como un designio divino (figura 7), hoy depende de la programación que la tecnología médica moderna permite. Ante el enfermo Terminal, los problemas éticos del cirujano constituyen un equilibrio entre lo que debe hacerse en una grave situación y lo que debe darse. La posibilidad de emplear novedosos procedimientos, no significa que debe mantenerse la vida a toda costa. Los médicos deben comprender que los pacientes tarde o temprano morirán y que su labor es tan necesaria para buscar la curación, como para prestar un cuidado compasivo en la fase terminal ⁽²⁵⁾.



Figura 7. La muerte antes era considerada como un proceso natural, como un designio divino.

Los pacientes no están obligados a aceptar el tratamiento propuesto aun sabiendo que su negativa les puede ocasionar la muerte. Para Pablo VI, "La obligación del médico consiste sobre todo, en esforzarse por aliviar el dolor y no en prolongar, por todos los medios posibles una vida que no puede llamarse plenamente humana y que naturalmente llega a su final" ⁽²⁶⁾.

El respeto a este fuero que le asiste el paciente para decidir, tiene aplicación de gran importancia en el llamado "Derecho a morir dignamente", como un concepto que ha surgido de la moderna tecnología mediante la cual es posible mantener las funciones vitales del paciente en forma que antes era imposible hacerlo. Estos adelantos que han logrado salvar tantas vidas, dice Jiménez Arango, "son inestimables cuando se aplican al paciente recuperable. En cambio resultan inútiles y costosas y solamente logran prolongar una situación de sufrimiento y de pobre calidad de vida cuando se aplican al paciente definitivamente perdido. Se reconoce claramente el derecho del paciente y de su familia a exigir la suspensión de estas medidas extraordinarias con el fin de permitir que el paciente irrecuperable pueda morir en forma digna y tranquila. En igual forma se reconoce que es un derecho y un deber del médico, suspender las medidas cuando las considere ineficaces" (27).

Es necesario respetar la muerte, y la cirugía no debe convertirse en el arte del bien morir. Aquí se llega al problema de la eutanasia, que significa muerte sin sufrimiento físico y en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente. El médico debe aliviar los sufrimientos y dignificar la agonía; sabemos desde Hipócrates que al médico le está vedado decidir la muerte de sus semejantes, aun en circunstancias terminales, casos en los cuales se usarán los métodos y medicamentos a su alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para privar la asistencia a un paciente. En cambio es necesario aclarar que el médico no está obligado a aplazar la muerte con medios técnicos en pacientes desahuciados y debe limitarse a respetar la dignidad de la misma. Es lo que se conoce como eutanasia pasiva, éticamente válida y que es reclamada cuando de morir dignamente se trata. Su acción no está dirigida a quitar la vida y la suspensión de los medios que la sostienen precariamente, no es por su naturaleza misma letal. Se permite que lo natural suceda apaciblemente, con ayuda a medicamentos que mitiguen el dolor.

La administración de la verdad al paciente es uno de los conflictos que el cirujano afronta en su práctica cotidiana, por cuanto no siempre el enfermo está en capacidad de escucharla. Montaigne, que tanto se ocupó de los médicos, no aceptaba la mentira piadosa pero admitía que "a los médicos pertenece el derecho de manejar la verdad y la mentira en forma discreta, ya que las promesas influyen en la salud". Recordemos también la frase de Voltaire "La mentira solo es un vicio cuando hace mal, pero es una gran virtud cuando hace bien".

Con frecuencia el médico tiene más temor ante la muerte que el mismo enfermo y elude hablar al paciente sobre su proximidad, lo cual puede ser equivocado. Lo importante es que el médico administre la información con inteligencia, con afecto y protección, sin abandonar al enfermo a una realidad cruda, ni engañarlo con palabras que provoquen falsas ilusiones. Por eso, todo lo que

se diga, naturalmente debe ser verdad, pero no todo lo que es verdad necesariamente debemos decirlo.

Hemos visto cómo desde las más remotas épocas, la sociedad le ha exigido al médico el riguroso cumplimiento de los principios éticos, y cómo aún no existen criterios unánimes sobre los enfoques y los programas de su enseñanza. No podemos desconocer la injerencia cada vez mayor que la ley ejerce en el control de la práctica médica y cómo lo prohibido en algunos países es permitido en otros.

El tiempo ha demostrado que la ciencia médica no es tan exacta ni tan neutra, porque siempre existe algún compromiso ideológico, emocional o subjetivo en su práctica. El pensamiento ético depende de creencias individuales pero sin ser todo subjetivo, ya que permite definir muchos procedimientos y conductas fuera de toda relatividad. No es suficiente conocer los códigos deontológicos y por ese motivo, la ética debe incorporarse a la programación universitaria tanto en nivel de pregrado como de posgrado.

Desde la década de los 50 se han venido organizando en muchos lugares los comités de ética médica, que tratan de proteger la seguridad y el bienestar de los pacientes y ejercer control sobre los proyectos de investigación. Son comités que deben ofrecer soluciones sin crear problemas ni temores entre los médicos. No deben ejercer tareas disciplinarias, sino solamente dictar normas, sugerir, proponer y vigilar conductas sin convertirse en tribunales de honor o comités de disciplina.

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, reunida en la ciudad de Quito en 1984, recomendó que la "ética debe ser el marco conceptual de inspiración y referencia para todas las acciones concernientes a la formación, ejercicio y desarrollo de las profesiones médicas" y más adelante indicó que "los alumnos de medicina han de ser educados en el sentido de que los deberes del médico prevalecen sobre los derechos del gremio y que el ideal de nuestra profesión exige extender la responsabilidad médica del individuo a la comunidad".

La mejor manera de enseñar la ética es con el ejemplo. Decía Andrés Santos "Los alumnos se forman a imagen y semejanza de quienes los educan" ⁽²⁸⁾.

Solo los hombres rectos enseñan rectitud. Cada procedimiento médico exige no solo conocimientos científicos, sino actitud ética adecuada. Las aptitudes técnicas y el éxito profesional basados en la habilidad y el saber, no logran por sí solos la cabal satisfacción de la actuación médica, si no se tiene tranquilidad de conciencia.

Referencias

1. BEJARANO J. El estado y las medicinas de patente ante la Federación Médica Colombiana. *El Médico Colombiano* 1938 abr; 1:13-47.
2. GARCÍA R. Filosofía del ejercicio de la medicina y la cirugía. *Rev Cir* 1990 mar-abr; 5(2):51-54.
3. QUIJANO M. Orientación social de la medicina. Editorial *Rev. Cir General* 1989;11(4):73.
4. PATIÑO JF. El triunfo de la biología molecular y el auge de las ciencias biomédicas: paradigma biológico y dilema social de la cirugía moderna. (Editorial). *Rev Col Cirug* 1989 abr; 4(3):126-128.
5. SANGUINETTI FA. Responsabilidad ética y jurídica del cirujano. *Rev Arg Cirug* 1988; 5-101.
6. LOWN B. Ante la guerra nuclear. Primer Simposio Nacional del grupo Médicos colombianos para la prevención de la guerra nuclear. Bogotá, Talleres Gráficos de Montoya y Arango Ltda. 1987;23-31.
7. BELENKOV Y. Chernovyl ante el mundo. Primer Simposio Nacional del grupo "Médicos colombianos para la prevención de la Guerra Nuclear. Bogotá, Talleres Gráficos de Montoya y Arango Ltda. 1987;33-38.
8. FORERO BENAVIDES A. La autodestrucción del hombre: Primer Simposio Nacional del Grupo "Médicos Colombianos para la Prevención de la Guerra Nuclear. Bogotá, Talleres Gráficos de Montoya y Arango Ltda.1987;51-59.
9. SERPA F. Aspectos éticos del Movimiento Antinuclear. Primer Simposio Nacional del grupo "Médicos colombianos para la prevención de la Guerra Nuclear. Bogotá, Talleres Gráficos de Montoya y Arango Ltda.
10. LÓPEZ A. El nuevo derecho a la vida. *Correo Médico. Barranquilla*, año 5, No. 16, 8-10.
11. LLANO A, S.J. Transición de la ética médica a la bioética. *Rev Nal Educ Méd* 1990;11:233.
12. JARAMILLO L, DIDIER H. Responsabilidad civil del médico en la legislación colombiana y comparada. Tesis de grado, Universidad de los Andes. Facultad de Derecho, 1989.
13. PATIÑO JF. Ciencia, salud pública y educación médica. Análisis crítico del panorama actual. *Medicina*. P. 46.
14. FARFÁN F. Responsabilidad penal de los médicos en el ejercicio de su profesión. Primera conferencia nacional sobre responsabilidad jurídica del médico y las instituciones de salud y aspectos de ética médica. Centro Médico de los Andes 1991.
15. VELA S. Iatrogenia en cirugía. *La iatrogenia y el derecho penal*, 1 ed., México, Salvat, 1991; p. 235.
16. PATIÑO JF. Iatrogenia en cirugía (Prólogo), 1 ed., México, Salvat, pp. 13-16.
17. CERVANTES J. Iatrogenia en cirugía. 1 ed., México, Salvat, 1991.
18. MONTEALEGRE E. La culpa en la actividad médica 1988. Reimpresión 1991. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, pp. 11.86.
19. SÁNCHEZ F. Infección postcesárea. Actualización del tema. *Rev Col Cir* 1990 abr; 4(3)161-163.
20. HAYNES RB. Aspirations of ACP Journal Club. *Anan Int Med (Suppl)* 1991 Jan; 114-118.
21. PIZZ T. Ética en las publicaciones médicas. *Rev Chil Cirug* 1990 mar; 42(1):87-92.
22. ARRIBALZAGA EB, GUILLIANO R. Reflexiones ante el análisis de una publicación científica. *Rev Arg Cirg* 1990 dic; 59(6):242-249.

23. VÉLEZ IA. Ética médica. Prensa Creativa 1988 feb; 134-135.
24. RUEDA G. Ética en la investigación médica. Medicina 1989 sep; 20:24-27.
25. ROLDÁN I. Los derechos del enfermo. Rev Nal Educ Méd 1990;11:243.
26. ÁLVAREZ T. Eutanasia. La decisión ética. Iatrea 1991;4(1):37-43.
27. JIMÉNEZ A. Los derechos del enfermo. Rev. Nal Educ Méd 1990;11:253.
28. SANTAS A. Ética y educación en medicina, 2 ed. Bs As, Fund A. J. Roemmers, 1986, p. 35.