

Reflexiones sobre la relación paciente-cirujano en el comienzo del nuevo milenio

Dr. Néstor C. Campos Pierri*

Ante todo quiero agradecer al Presidente del Congreso, mi amigo, Dr. Francisco Di Leoni por solicitarme que me refiriera a algún tema de actualización sobre el relacionamiento del Cirujano con su enfermo, pero además es un elemento de envejecimiento cuando uno se pone a reflexionar sobre cosas que han evolucionado y que pueden servir para los jóvenes cirujanos, de colegas que han trahinado durante años con esta hermosa profesión.

Los pensamientos filosóficos van evolucionando, así como evoluciona el conocimiento, la tecnología, por lo cual nosotros debemos también actualizarnos y comprender los nuevos paradigmas éticos.

“Los incesantes progresos científicos-tecnológicos, han proporcionado a la cirugía nuevos medios que además de ampliar el espectro de las in-

dicaciones operatorias, reducir la morbilidad y mejorar los resultados, han generado la aparición de nuevos problemas éticos.”⁽¹⁾

Cuántos términos relativamente nuevos deben entremezclarse, en la práctica médica de hoy: bio-ética, medicina basada en la evidencia, conocimiento informado, cliente, empresa, profesiones liberales en razón de dependencia, seguros médicos, segunda consulta en el exterior, PBI y gastos en salud, eficiencia y eficacia en la actuación del profesional, gerenciamiento del cirujano en su práctica, algoritmos de decisión diagnósticos y terapéuticos con su protocolización, Internet, medicina de alternativa, calidad en la atención médica, medicina gerenciada.

De la relación cirujano-paciente se derivan deberes y derechos recíprocos, tanto en la medicina privada como institucionalizada.

Los principios éticos deben encausar las relaciones en el ejercicio de la medicina, pero no deben ser tomados como una coartación de la libertad personal ⁽²⁾.

El no cumplir las normas morales puede a veces no tener sanción jurídica, pero crea una sanción interna, el sentimiento de culpa y una sanción externa el aislamiento social ⁽³⁾.

* Prof. Agreg. Encargado de la Docencia F. de Medicina-
Unidad Salto
Jefe de Cirugía y Coordinador Médico C.T.I. Hospital Re-
gional Norte SALTO
Dirección: Artigas 1031 –Salto- URUGUAY CP 50.000
e-mail : gordocampos@hotmail.com
Conferencia dictada en el 52° Congreso Uruguayo de
Cirugía. Punta del Este 28 de noviembre - 3 de diciem-
bre de 2001.

El Decreto 258 / 992 normatiza en nuestro país las reglas de conducta médica y los derechos del paciente del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), cuando éste es el prestador de la asistencia o cuando dicho Ministerio tiene que actuar como Policía Sanitaria.

Asimismo el Sindicato Médico del Uruguay (S.M.U.), como la Federación Médica del Interior (F.E.M.I.) tienen sus Códigos de Ética Médico que deben ser acatados y cumplidos por sus asociados.

Acaba de aparecer en las hojas de Internet de la Presidencia de la República un decreto que probablemente entre en vigencia, en esta semana del Congreso, cuando sea publicado en el Diario Oficial y se conoce como MARCO REGULATORIO DE LA ASISTENCIA MEDICA. Son 250 artículos, que representan la adecuación, recopilación e interrelación, del decreto del MSP, antes señalados y la ley del consumidor, para ser aplicados en el ámbito público y privado.

Creo que lo primero que debemos definir es BIOÉTICA, siguiendo a Reich⁽³⁾: “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta sea examinada a la luz de los principios y valores morales”.

Es decir, la ética aplicada a la vida y está basada en 4 principios: de beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia distributiva.

BENEFICENCIA: Si bien hay más de una interpretación, comprende no solo el bienestar físico visto desde un punto de vista objetivo, si no es lo primordial lo que el paciente crea que es lo mejor para él mismo⁽⁴⁾,

NO MALEFICENCIA, éste principio⁽⁴⁾ es más importante, ya que lo primero es promover el bien (“primun no nocere”).

Recordemos que todo acto médico puede tener un efecto no deseado, siendo necesario que el efecto no deseado sea lo menor posible, haciendo que el binomio riesgo-beneficio esté inclinado francamente hacia éste último⁽⁵⁾.

Acá vemos la doctrina del doble efecto, acciones que tienen doble efecto, uno bueno y otro malo, admitiendo su uso si se intenta lograr el buen efecto como objetivo primordial y directo⁽⁵⁾.

El médico nunca podrá realizar procedimientos que estén contraindicados, ni aún con el consentimiento del enfermo⁽⁶⁾.

Un término que se está utilizando en Medicina es el de **futilidad**, se dice que algo es fútil si no puede cumplir con su objetivo final, es decir una acción ligándola con su finalidad. Tratamiento fútil es aquel que desde un principio no puede proporcionar un beneficio al paciente, por ejemplo conectar a un respirador mecánico un enfermo que tiene una insuficiencia respiratoria por metástasis pulmonares⁽⁵⁾.

AUTONOMIA, es la participación activa del enfermo en la toma de decisiones, permitiendo el ejercicio de la libertad individual de las personas (para Kant el hombre libre es autónomo), por lo cual debe contar con la información más veraz y acabada de su situación y ser mentalmente competente o su representante si éste conocía la voluntad del enfermo⁽⁵⁾.

En Bioética, algo es verdaderamente autónomo si es auténtico, por lo cual no pueden contradecir las creencias y valores de las personas, esto lo diferencia de la autonomía jurídica o legal⁽³⁾.

“La voluntad del paciente informado es la que legitima el actuar médico y le traslada los riesgos que pueden acaecer en la actividad asistencial siempre que no sean consecuencias de un comportamiento culpable del prestador del servicio médico”⁽⁷⁾.

El paciente tiene derecho a rechazar todo tipo de asistencia inclusive la indicada⁽⁶⁾.

Así que el clásico pensamiento ético y filosófico de uno de los clínicos más importantes del siglo XVII, Von Sydenham, “haz al enfermo lo que quisieras que hicieran contigo si estuvieras enfermo”, deberá decirse: “haz al enfermo lo que éste quiere que hagas con él”⁽⁵⁾.

El individuo es quien determina cual es su propia normatividad, la salud debe ser concebida como la posibilidad que tiene el individuo de adaptarse a su medio y adaptar el medio a sí mismo ⁽⁸⁾, “un individuo es normal en la medida que ejerce su capacidad para mantener la simbiosis con su ambiente”.

Sin embargo, hay autores que dicen: “El precepto penal impone a cualquier ciudadano a actuar positivamente para intentar salvarle la vida a un paciente, en riesgo vital, con más razón los médicos deben actuar con el mismo fin mas allá de las secuelas”⁽⁹⁾.

Se habla del “rechazo informado”⁽¹⁰⁾ cuando se encuentran en juego diversos valores y derechos (libertad religiosa, objeción de conciencia), el caso típico de los testigos de Jehová que rechazan la transfusión de sangre o derivados. No hay acuerdo en nuestro país ni en la Argentina, pero hay una tendencia que se encamina a preferir la libertad de determinación y dignidad de la persona frente al tratamiento terapéutico.

De cualquier manera la autonomía del enfermo está en relación al pensamiento filosófico del cirujano que lo está asistiendo. Ya que si el enfermo toma una decisión absurda y contraproducente, por más libre y autónoma que sea, no obliga al cirujano actuante a continuar con su asistencia, secundar al enfermo en su irresponsabilidad es participar conscientemente del daño que pueda infligirse.

En los Derechos de los Médico en el Código de Ética de la FEMI, dice:

Artículo 32: Tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque esté autorizado por la Ley. Tiene en ese caso la obligación de derivarlo a otro médico.

Artículo 34: El médico tiene derecho a negar su atención por razones profesionales o personales, o por haber llegado al convencimiento de que no existe la relación de confianza y credibilidad indispensables con su paciente, con excepción de

los casos de urgencia y de aquellos en que pudiera faltar a sus obligaciones humanitarias.

Si bien es cierto que de la relación verticalista, paternalista del médico clásico pasamos a una relación horizontal donde la autonomía del enfermo es lo más importante.

La responsabilidad médica cambió, evolucionó en base al nuevo paradigma de la relación médico-paciente. La relación horizontal en la cual el enfermo tiene una serie de derechos⁽¹⁰⁾. El médico no podrá actuar si no tiene el consentimiento del enfermo y ello, a no ser en casos excepcionales, tiene que tomárselo como una mala praxis.

El médico tratante es el único que debe brindar toda información y es quién está obligado a hacerlo⁽¹⁰⁾.

Dice Lorenzetti (citado en 10) “la omisión del consentimiento, se trata de una violación de la libertad del paciente y es suficiente para producir responsabilidad, las lesiones consiguientes derivadas del tratamiento, bueno o malo”.

Dice Javier Gutiérrez Jaramillo (citado en 5): “Siempre la autonomía es algo relativo. Desde que nacemos no somos completamente autónomos”. “Pertenece a una sociedad, a una familia y nuestras decisiones afectarán siempre a otros”. “La autonomía de cada uno podrá tropezar con la autonomía del otro”.

El principio de autonomía viene del principio básico del hombre, la libertad, y de ahí que la libertad de uno va hasta la libertad del otro. La convivencia entre las personas y las buenas relaciones está en la tolerancia y el respeto de una persona por otra.

Todos los seres humanos nacen libres, pero a la vez responsables de sus actos ⁽¹¹⁾.

Creo que todavía esta vigente lo que en el siglo XIX decía Porthes, la relación médico paciente es un encuentro entre una conciencia (médico) y una confianza (paciente).

Y que no se transforme en una “exigencia que encuentra una desconfianza”⁽¹¹⁾, determinando en

los médicos la llamada “medicina a la defensiva”⁽¹²⁾ en donde se practica la medicina con aumento en los gastos innecesariamente a efectos de tener documentación si apareciera posteriormente una reclamación judicial. Por ejemplo solicitar un electrocardiograma en un paciente menor de 40 años y que practica 2 horas de tenis o paddel todos los días y va a ser sometido a una operación de hernia.

“El gran peligro del incremento de la demanda judicial, es el miedo a ejercer, especialmente en cirugía, donde ya se confunde riesgo quirúrgico con riesgo legal⁽¹²⁾”

Vivimos en un momento de la humanidad y de las sociedades de desconfianza y de conflictividad entre sus integrantes y ello repercute en la relación cirujano-enfermo.

En la sociedad moderna los costos de los “sistemas de desconfianza” son importantes y hay que también tenerlos en cuenta, pensemos simplemente en los servicios de seguridad, de diferentes tipos de auditoría, cobertura por juicio de mala praxis, etc.

Formando al estudiante y manteniendo una educación médica continua, en el planteo de los problemas médicos legales, respetando los derechos, así como una conducta ética acorde, es la mejor manera de prevenir la mala praxis⁽¹³⁾.

JUSTICIA DISTRIBUTIVA, es un principio importante cuando los recursos son de la comunidad o de sistemas pre-pagos (“mutualistas”). La deben hacer los países en base a la equidad. Los recursos son para todos los integrantes de una sociedad y hay que racionarlos⁽⁶⁾, cumpliendo criterios de equidad y justicia. Injusto es lo desigual.

Este principio afecta en especial a la relación triangular: médico-paciente-sociedad⁽³⁾, un triángulo que tiene en cada vértice : Médico (beneficencia); Enfermo (autonomía); Sociedad (justicia).

Corresponde al estado la responsabilidad de tomar decisiones prácticas sobre las prioridades nacionales en salud⁽¹⁴⁾, representa en cada país la ideología política y estructura económica básica⁽³⁾.

El racionamiento no lo deben hacer los médicos⁽⁶⁾, si no el gestor, el administrador, el que tiene la responsabilidad del bien común.

Este principio mira por el “bien común” a diferencia de los anteriores que miran por el “bien individual”⁽³⁾.

Sobre la responsabilidad social del médico de promover la salud, el artículo 12 del Código de Ética de la FEMI, dice :” El médico debe buscar los mejores medios de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes. Deberá buscar responsablemente el rendimiento óptimo y equitativo de dichos recursos, en las Instituciones donde trabaja, evitando todo despilfarro o negligencia en la administración de recursos destinados al mayor número posible de pacientes y denunciando y oponiéndose como ciudadano a todas aquellas situaciones en que esto resulte de la malversación o la mala distribución de los bienes sociales”.-

Antes de llegar al racionamiento, se debe realizar un gestionamiento eficiente de los recursos a efectos de no utilizar recursos innecesariamente que lleven a lo primero⁽¹⁵⁾.

Basados en estos principios de la bioética actual es como debemos actuar.

“En el hecho moral donde se esconde el auténtico sentido de responsabilidad, es decir, discernimiento entre lo que debe y no debe hacerse”⁽¹²⁾. “La ética ni se compra ni se vende sino que se cultiva como estilo de vida y se cumple como principio de convivencia social⁽¹²⁾”. Ser ético no es algo que pueda encenderse y apagarse como un interruptor, es un rasgo que hay que ganarse.

El **conocimiento informado**, es la información que se le debe dar al enfermo o a su representante en caso de incompetencia, que sea lo más veraz posible, entendible por el interlocutor y suficiente en sus contenidos. Hay que tener claro que este conocimiento informado, viene del principio de autonomía, la libertad, la autonomía de una persona está determinada por el conocimiento.

Cuando el enfermo es lo que se llama “menor adulto” entre 14 –18 años⁽¹⁰⁾, la información se debe dar al menor en conjunto con el mayor a su cargo, quienes decidirán en conjunto. Cuando no haya acuerdo entre el mayor y el menor enfermo deberá priorizarse lo decidido por éste, atendiendo a su estado de salud, edad, madurez, sin descuidar lo aconsejado por el médico.

El conocimiento informado: “es una manifestación de voluntad del paciente prestada con discernimiento, intención y libertad, luego de haber sido informado adecuadamente sobre el tratamiento a seguir por parte del médico”.

El deber del médico se ha trasladado a respetar los deseos del paciente, siempre que hayan sido libre y conscientemente expresados⁽¹⁶⁾.

El artículo 5° del decreto 258 / 992 del M.S.P. dice: “El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto este le consulte, con veracidad, objetividad atendiendo a la circunstancia del caso”.

Dice la Profesora Dra. Dora Szafir⁽⁷⁾: “El consentimiento informado adquiere carta de ciudadanía con la aprobación reciente de la ley de Relaciones de Consumo (28 de agosto de 2000)”. “El derecho a la información es una garantía que le da al paciente, considerado consumidor en el sentido de sujeto que recibe, a cambio de una prestación, un servicio de salud, la posibilidad de optar lo que se hará con su cuerpo y en ese sentido se consagra el derecho a la libertad de elección en el inciso B del art. 6°.”

“Cuando la ley 17.250 de Relaciones de Consumo apuesta a la información no solo beneficia al paciente. También el médico resulta favorecido porque si el paciente puede elegir libremente y tomar su decisión con conocimiento de la situación, los riesgos que se informan, evidentemente no hay mala praxis, se trasladan al paciente y no hay responsabilidad por ellos. Los riesgos pueden suceder porque la ciencia médica es conjetural e inexacta pero cumplida la obligación legal de informar (art. 6 literal C y art. 32) el médico no

responde por el daño que es consecuencia del mismo”⁽⁷⁾.

La fundamentación de la información, además, de la buena relación cirujano-enfermo, en el derecho se vincula con el principio de igualdad⁽⁷⁾ que se pretende lograr entre el enfermo (no conocedor) y el profesional (conocedor).

Se plantea la duda frente al paciente en etapa terminal y sin posibilidad terapéutica, se está de acuerdo que se la debe brindar de una manera acorde a lo que necesita y quiere saber el enfermo. “No es que omitamos información sino como se la brindamos”⁽⁷⁾.

El decreto 258 / 992 del M.S.P., sobre los derechos del paciente, el artículo 36, dice: “El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesto de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psico-social del mismo”.

Es necesario que los familiares directos sepan exactamente la situación, y que se discuta con ellos que información necesita el enfermo terminal.

“En todos los casos el cirujano aplicaría la mayor prudencia y humanidad para revelar al paciente la naturaleza de su enfermedad, dándole al mismo tiempo, la seguridad de que contará con la asistencia adecuada durante todo el curso de su enfermedad. Cuando el paciente no desea o no puede ser debidamente informado, el cirujano deberá notificar a sus familiares o representantes legales, el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad”⁽¹⁾

Beauchamp y Childress (citado en 3), consideran tres argumentos para limitar la veracidad:

- a) engaño benévolo, ya que en algunos casos al revelar toda la verdad, podría ir en contra de los principios de no maleficencia y beneficencia, produciendo en el enfermo ansiedad, depresión e inclusive intento de autoeliminación.
- b) A veces el personal de la salud puede no conocer toda la verdad o que a veces el

enfermo puede no comprenderla y lo que cada paciente quiera conocer.

- c) Que el paciente por si no quiera conocer la información.

La mayor libertad para la toma de una decisión es la mejor información.

El artículo 15 del Código de Ética de la FEMI dice: "Todo paciente tiene derecho a:

1.- una información completa y veraz sobre cualquier maniobra diagnóstica o terapéutica que se le proponga. El médico tiene el deber de comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje suficiente y adecuado. En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar graves perjuicios al paciente, ésta deberá dirigirse a la familia o tutor legal con el fin de obtener un consentimiento válido. En caso de no contar con los medios técnicos apropiados, debe avisar al paciente o a sus tutores sobre esos hechos, informándoles de todas las alternativas posibles. (siguen otros ítems)".

En nuestro país actualmente, según mi conocimiento, existe un consentimiento informado escrito, que se utiliza rutinariamente con la elección del Instituto de Medicina Altamente Especializado a través del Fondo Nacional de Recursos.

Es de buena práctica dejar sentado en la Historia Clínica, que se le brindó al enfermo la información necesaria para que éste elija y sepa los riesgos, así mismo en aquellos casos de cirugía mutilante, amputación de recto por ejemplo.

El conocimiento informado es parte de la historia clínica del enfermo y como tal debe integrar la misma⁽¹⁰⁾. Se ha dicho en los ámbitos jurídicos, "las historias clínicas son los testigos cuya memoria nunca muere" (citado en 10). La historia clínica tiene gran importancia desde varios puntos de vista: asistencial, médico-legal y ético; se la puede considerar como un acta de los cuidados asistenciales.

Es conveniente no solo dejar sentado de la información en la historia clínica en el inicio de la

misma, si no que es adecuado también, cuando en la evolución de la enfermedad así lo amerita, ya sea por un cambio de conducta u examen con riesgo para el enfermo⁽¹⁷⁾.

Asimismo si por la urgencia o gravedad del cuadro, existe la imposibilidad de obtener el consentimiento se deberá dejar claramente escrito en la historia.

Cuales riesgos se le deben informar al paciente⁽¹⁸⁾, aquellos que pueden pesar en la decisión, llamados riesgos significativos. No tiene la obligación de señalar todos, sino algunos, realizando una operación selectiva. Ya que si se le fuera a referir todo, eso le podría generar un estado de alarma que lo llevara a rechazar intervenciones que podrían ser beneficiosas para su salud⁽¹⁸⁾. Los llamados **riesgos generales** podrían no informarse porque son conocidos y son para todas las intervenciones (hemorragia, infecciones, etc.). Los llamados **riesgos típicos** que corresponden solo a esa operación y no a otras sí debe ser informado (lesión recurrencial en una cirugía tiroidea)⁽¹⁰⁻¹⁸⁾.

Hay tres criterios, para la información, que son la frecuencia del riesgo, su gravedad y la situación del enfermo.

Frecuencia o probabilidad de riesgo debe ser informado, sobre todo los "normalmente previsibles" y los que no deberían ser informados son los anormales o excepcionales⁽¹⁸⁾.

El concepto de **gravedad** está dado por la consecuencia que puede tener un riesgo y en ese caso aunque sea excepcional debe ser informado (riesgo de muerte, de parálisis permanente, etc.)⁽¹⁸⁾.

"Se advierte así como el criterio de la frecuencia penetra para atemperar el criterio de gravedad"⁽¹⁸⁾.

La **situación del enfermo**, si es cirugía electiva o de emergencia; si es pequeña cirugía o cirugía mayor, se debe dar mayor información en la cirugía menor y electiva⁽¹⁸⁾. Informar las situaciones de aumento de riesgo, edad, diabetes, obesidad, etc.

En los casos de cirugía estética embellecedora la información debe darse con mayor rigor y exigencia⁽¹⁹⁾.

Dice Passero y Espector (citado en 10). “La cantidad de información es inversamente proporcional a la urgencia del caso y directamente proporcional al riesgo terapéutico o sea cuanto mayor sea la urgencia menor información será exigida y cuanto mayor sea el riesgo mayor será la información requerida”.

Recordemos también que el paciente puede renunciar a ser informado⁽¹⁸⁾, en ese caso el médico debe ponerse en la posición del paciente y conjeturar cuales pueden ser los riesgos importantes para él.

En la información a dar, de acuerdo a lo que vimos, la demarcación entre lo significativo y no significativo es poco clara, por lo que la tarea del médico no es fácil y no es sencilla de cumplir⁽¹⁸⁾, lo que se ha llamado el umbral mínimo y máximo⁽¹⁰⁾.

Pero a su vez para dar una información lo más veraz posible, el conocimiento del cirujano debe estar fundamentado en conocimientos científicos lo más verdadero posible. Esto ha tratado de lograrse a través de los conceptos de la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, a partir de 1992 de la McMaster University de Canadá⁽²⁰⁾, que si bien no es la verdad absoluta, ni lo ideal, es el conocimiento que tiene niveles de verdades de acuerdo a una normativa que permite medir lo biológico, lo humano, de una manera aparentemente adecuada, a través de trabajo bien formulado en su planificación, permitiendo tener niveles de aceptación de las verdades.

Sin embargo hay rumbos de pensamientos que ponen en duda si la Medicina Basada en la Evidencia⁽²¹⁾ se puede aplicar al individuo (del latín: único e indivisible) y a la cirugía, arte, operador dependiente.

Es probable que no sea lo ideal, pero por ahora es lo mejor, que se ha ideado para comparar. Es

como la Democracia no es la situación ideal de la relación de los hombres, pero es por ahora la mejor manera que el hombre a encontrado como forma de gobierno.

“Confiar en la propia pericia clínica, la mejor evidencia disponible y las preferencias de los pacientes permitiría una decisión mejor informada y consentida”⁽²¹⁾.

Tampoco hay que permitir que la misma se vuelva en un dogma, la medicina basada en la evidencia sirve, otra cosa no, recordar que la evidencia puede ser la mejor, pero no es la perfecta o de aplicar si no tiene un trasfondo ético⁽²¹⁾. La literatura médica puede informar pero nunca reemplazar la experiencia clínica individual.

El Boletín de octubre de 2001 del American College of Surgeons informa que se ha establecido una oficina sobre Cirugía Basada en la Evidencia respondiendo al aumento del control que se realiza públicamente y en forma oficial, gubernamental, del cuidado y la seguridad de los pacientes. Señalando las funciones que realizará como: controles de los programas que provean las mejores evidencias en la práctica quirúrgica a través de las medidas de los seguimientos quirúrgicos, metaanálisis, estudios longitudinales, encuestas, protocolos prácticos basados en evidencia, facilitación de trabajos clínicos de investigación, así mismo como otros cometidos⁽²²⁾.

Pero todavía, sigue siendo vigente lo que decían; Battaglini: “la medicina es un arte conjetural antes que una ciencia exacta”.

Savatier, la cirugía constituye “el terreno donde la medicina se convierte en un arte, el más relevante, el más necesario, el más alto de todos, porque de él depende la vida o la integridad de un hombre”.

Rallier: “la responsabilidad no comienza sino allí donde cesan las discusiones científicas” (citado en 11).

Cuando la información es compartida por el enfermo y sus familiares directos, así como la de-

cisión es compartida por ellos y el enfermo, es la que mejor protege a ambas partes y minimiza la posibilidad de conflictos ⁽¹⁶⁾.

La globalización del mundo, junto a la facilidad de las comunicaciones, a través de Internet y otros, ha llevado al hombre común a ser un consumidor de novedades y conocimientos generando expectativas no siempre satisfechas⁽¹⁾.

La gente tiene acceso a información que muchas veces no tienen preparación para su interpretación, llevando ello a la necesidad del cirujano de una explicación de las mismas, como interprete entre esa información y su enfermo. A veces es difícil explicar estadística y que posibilidades de riesgo y sobrevida en un individuo, en resultados de trabajos científicos realizados en poblaciones, pero es necesario que lo hagamos para informar a nuestro enfermo y que él decida en base al principio de autonomía.

El decreto 258 / 992 del M.S.P. en su artículo 38, dice: "El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra".

Hay que tener en cuenta además que nuestra información sea además compartida en su veracidad científica con otros colegas en caso de duda o a pedido del enfermo o su representante, como era la consulta clásica, o la posibilidad de consultas en países más desarrollados, hecho que se ha producido en forma más frecuente en los últimos años por las modernas comunicaciones y por sistema de seguro pre-pago de segunda consulta en el exterior.

Existen claras pautas del relacionamiento con los colegas y más en estos momentos de asistencia compartida en Instituciones de Asistencia Médica, donde en el trabajo en equipo, es fundamental mantener adecuadas y cordiales relaciones entre los colegas de igual o diferente especialidad, para la mejor y adecuada asistencia al enfermo, motivo de nuestra profesión.

Los siguientes artículos del decreto 258 / 992 del M.S.P. se refieren a ello:

"Art. 9: El médico tratante debe siempre aceptar una consulta médica cuando ella le sea solicitada por el paciente, sus allegados o representantes legales y proponer una consulta con otro médico cada vez que lo considere necesario, informándole del modo más leal y amplio.

Art. 10 :El médico consultor debe respetar la posición del médico tratante y rehusar la asistencia del paciente por la misma enfermedad que motivó la consulta, de no contar con el pedido o asentimiento del médico tratante.

Art. 11: El médico debe mantener con sus colegas y colaboradores un trato correcto y solidario, respetando los ámbitos de actuación y especialización profesional de éstos.

Cuando trabaja en equipo, debe efectuar la distribución de tareas según la calificación de cada integrante, impartiendo las instrucciones pertinentes y contando con la correspondencia cuidadosa de quienes integran el equipo".

Asimismo el Código de Ética de la FEMI, en su capítulo VI (página 35), se refiere a la relación con colegas, con otros profesionales y con las Instituciones

A veces entre los familiares ⁽¹¹⁾ hay un opinador o se cree con mayor conocimiento médico o un colega sin conocer en profundidad la enfermedad y evolución del paciente, opina, da ideas, sembrando dudas en los familiares o en el enfermo pudiendo llevar a un deterioro de la relación cirujano-enfermo.

En el artículo 20 del decreto antes citado del M.S.P. se refiere a esto último: "Al médico le está prohibido opinar o aconsejar sobre la atención de pacientes sin ser partícipe de ella y con desconocimiento del médico tratante".

Dice Lorenzetti (citado 19): "son los jueces los que condenan y no los demandantes y que toda litigiosidad es expresión de un estado de insatisfacción, que difícilmente pueda ser provocada por los abogados".

Hay que tener en cuenta además que por mala relación que haya con el enfermo o sus familiares, si “el barco llega a buen puerto” es decir que si el enfermo se recupera y sana habitualmente no habrá ningún problema, a la inversa a pesar de tener buenas relaciones y no obtener el resultado esperado puede ser comienzo de conflictos, de ahí la necesidad de informar y de explicar todas las posibilidades evolutivas.

A través de una prestación profesional de excelencia, en el marco de la eficiencia y la equidad, se podrá recomponer y garantizar la relación médico-paciente⁽¹²⁾.

La clásica relación entre cirujano y enfermo ha ido tomando cada vez más importancia un tercero, la Institución, en la cual el enfermo es el beneficiario, ya sea pública o privada⁽²³⁾. Esto es debido a que los costos cada vez mayor de la tecnología y los insumos (los gastos en salud se incrementaron en EE.UU. del 7 al 14% del P.B.I.⁽²³⁾) hace que el accionar del cirujano sea casi de un “gestor” de gastos, en donde la calidad, así como la mejor relación de costo-beneficio se hace cada vez más prioritaria, así como los conceptos de eficacia y eficiencia deben estar en el pensamiento del cirujano y muchas veces no comprendido por el enfermo-beneficiario.

En muchos lugares del mundo⁽²³⁾ los sistemas de pagos retrospectivos, realizados por las aseguradoras, basados en los gastos realizados por el enfermo indicado por el médico, quedó sustituido por el sistema de pago prospectivos basados en grupos relacionado por el diagnóstico (GRD). Ello lleva para que la empresa sea eficiente determinando gastos acordes a los que se van a cobrar.

Como muy bien señala José Félix Patiño⁽⁸⁾: “La moderna cirugía es altamente dependiente de la tecnología y la disponibilidad de tecnologías de avanzada determina en gran parte su calidad. Por ello la falla en la inserción social de la moderna tecnología conlleva indudables implicancias éticas”.

La buena relación médico-paciente, es uno de los principios básicos de una buena praxis médica,

y ningún adelanto tecnológico es adecuado para el hombre si lleva a su pérdida.

Actualmente se está aceptando⁽¹⁷⁾ las directivas avanzadas, son voluntades expresas que permiten al paciente tener documentos legales de tipo testamento que le permiten dejar su voluntad expresa para momentos que por incapacidad mental no pueda tomarlas, pudiendo ofrecerlas al ingreso del enfermo al Hospital. Son documentos muy personales y por lo tanto serán diferentes de enfermo a enfermo.

Esto se ha producido en los últimos años ya que es evidente que la tecnología médica puede prolongar la vida considerablemente más allá de una posibilidad razonable o significativamente de recuperación.

El testamento vital⁽¹⁷⁾ proporciona instrucciones cuando tiene una enfermedad terminal y no pueda él tomar las decisiones en ese momento. Estos no pueden incluir la retirada o abstención a procedimientos encaminados a nutrición o hidratación.

El enfermo puede designar un apoderado para el cuidado sanitario cuando él sea incapaz de tomar una resolución.

Estos testamentos vitales deben prestar atención a los siguientes temas: nutrición enteral y parenteral, hidratación, medicaciones, soporte con inotrópicos, diálisis, asistencia respiratoria mecánica, resucitación cardiopulmonar, etc.⁽¹⁷⁾.

Cuando no existen estos documentos, el médico y la familia debe de manera cuidadosa evaluar los tratamientos con intención de prolongar la vida y que ya no signifiquen ningún beneficio para el enfermo⁽¹⁷⁾.

La complejidad y avance de la tecnología, ha llevado a que a partir de 1976 en Massachussets, EE.UU., se han ido creando los Comités de Ética Hospitalarios (CEH)⁽³⁾ los cuales están formados por grupos interdisciplinarios de profesionales (médicos, abogados, asistente sociales, psicólogos, enfermeras, eticistas, administradores hospitala-

rios, antropólogos, teólogos, etc.), que actúan frente a dilemas éticos que acontecen en el quehacer de los Hospitales.

El avance tecnológico crea permanentemente conflictos que si algo es correcto hacerlo o no. Recordemos aquí lo que decía Sir Theodore Fox (citado en 5): "Cuanto más sabemos hacer cosas más necesitamos saber precisamente lo que realmente debemos hacer".

En EE.UU. en 1987 ⁽⁵⁾ los Hospitales de 200 o más camas tiene Comité de Ética, en lugares más pequeños puede adaptarse estructuras más elementales o que se reúnan a demanda.

A los CEH se los clasifica en: Deontológicos-Técnicos; jurídico-científico; Ético-Praxiológico, éste último es el más frecuente. Sus funciones son educativas, consultivas y normativas ⁽³⁾.

El Ombudsman de salud creado en Suecia, cuya función es ejercer la defensa de los usuarios de los sistemas de salud, haciéndose cargo de las denuncias de los pacientes y tratar de solucionar los problemas que se susciten.

En las afueras de Madrid en un municipio fue creado dicho cargo, con un perfil ligado al ejercicio del derecho y sin relación con el equipo sanitario.

Esta figura es para evitar juicios jurídicos y tratar de aclarar o solucionar problemas que se suscitan en el quehacer de la atención a la salud.

En nuestro país existe la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS), es una entidad civil sin fines de lucro que nació como respuesta a las necesidades de los usuarios de Salud Pública y de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), a los efectos de hacerle conocer y valer sus derechos (Diario Médico, página 14, octubre 2001).

Si bien todo esto es lo que en la actualidad se acepta como una buena relación médico-paciente, me impactó una pequeña nota sacada de Internet escrita por el Prof. Dr. Fernando A. Verdú Pascual de la Universidad de Valencia de la uni-

dad docente de Medicina Legal y dice: "La autonomía como castigo". Relata un sueño en donde hace un viaje en un avión y que el Comandante de la nave le propone diversas opciones, en cuanto altura del viaje y velocidad del mismo, asimismo le informa todos los riesgos que corre en cada una de las opciones que elija y él le pregunta: "Oiga comandante, ¿usted no es el experto que sabe perfectamente, que opción de vuelo es la mejor? Por favor dígame Ud. qué es lo que hay que hacer en este caso". La respuesta me dejó desconcertado: "lo siento, señor usuario de línea aérea pero debe comprender que debemos ser respetuosos de su autonomía personal. Ud. debe conocer todas las opciones de vuelo y posteriormente decidir que es lo que quiere hacer". "Al final decidí hacer el vuelo habitual a ocho mil pies de altura y novecientos kilómetros por hora, saliendo todo perfectamente bien.". "Pero poco antes de despertarme del sueño, recuerdo que pensé que el Comandante del avión y en general todos los Comandantes de vuelo, ya no me inspiraban la misma confianza".

Después sigue analizando y dice "Desde que me levanto hasta que me acuesto me veo obligado a ir tomando decisiones de las que soy el único responsable. Cuando tomo decisiones como donde ir de vacaciones las hago con mi familia". "Pero lo que tendría mala sombra es que, en un estado de tensión exagerada, con miedo en el cuerpo, me tocara también decidir a mí sobre la mejor forma de volar. Creo sinceramente que los comandantes de vuelo son gente preparada. Lo único que les pido cuando subo a un avión es que estén en condiciones y que hagan las cosas todo lo bien que puedan. Y si aparecen avances en la técnica de vuelo, para aumentar la seguridad, que las apliquen con la debida diligencia. Me parece muy bien, no obstante, cuando entramos al avión se nos digan donde están las salidas y como se usan, los dispositivos de seguridad; es una forma de recordar que en todo vuelo hay peligro. Pero lo de elegir el vuelo me parece una exageración".

Creo que este “sueño” da para reflexionar sobre la información y que es lo que le interesa al enfermo.

Cuántas veces nos dice el enfermo, «elija Ud. porque Ud. va a hacer lo mejor para mí persona».

A veces me preguntó, al comienzo de este nuevo milenio, de la revolución informática, de las comunicaciones, de tratar de medir todo lo biológico de manera matemática, de plantearle al enfermo que en 100 casos similares a su patología, pasó tal o cual cosa o tal o cual pronóstico en un grupo poblacional que puede ser o no parecido al suyo, no estaremos como el Comandante del avión del sueño y que los enfermos vayan perdiendo la confianza y busquen algo diferente como pueden ser las MEDICINAS DE ALTERNATIVA, cuando nuestros pronósticos no son tan bueno o cuando nuestras posibilidades no son adecuadas a lo que los enfermos quieren.

En un reciente trabajo ⁽²⁴⁾ se estudia en Boston, EE.UU. la medicina de alternativa usada en los pacientes pre-quirúrgicos, de un total de 3.106 respuestas, 51% utilizan vitaminas sin prescripción médica, y 22% utilizan hierbas como remedio, las mujeres usan un poco más frecuentemente que los hombres. Refieren que en un 21% de los casos fueron recomendadas por un proveedor de cuidado de la salud, un amigo o un conocido en el 36% de los que consumían se las había recomendado, en un 12% por un aviso de TV o revista. Tomaron la decisión por ellos mismos en el 36% de las respuestas. Se calcula que se gastan 27 billones de dólares en remedios para “prevenir enfermedades o para mantenerse sanos y vitales”.

Es frecuente que los diarios se ocupen del tema ⁽²⁵⁾, dando información a la gente sobre las mismas: medicina homeopática, medicina china, acupuntura, flores de Bach.

Indudablemente que no vamos a dejar de reconocer que una inmensa mayoría de los remedios que se usan en nuestra medicina alopática hayan sido estudiados y extraídos de la naturaleza,

simplemente recordemos el ácido acetil salicílico, la digitalis lanata y todo una serie de antibióticos comenzando por la penicilina, así como modernos citostáticos.

En nuestro país fue publicada en el Semanario Búsqueda de este año ⁽²⁶⁾ una encuesta realizada sobre Medicina de Alternativa: “Un tercio de las personas que recurren a la homeopatía y a la acupuntura como terapias alternativas para aliviar o curar alguna dolencia resistente a los tratamientos convencionales lo hacen por recomendación de un médico u otro profesional de la salud. Sin embargo la demanda de este tipo de medicina es aún escasa entre los uruguayos. Solamente 6 de cada 100 personas mayores de 18 años las usa, independiente de su grado de instrucción y nivel socioeconómico”.

Asimismo en esa encuesta con respecto al uso de complementos nutricionales y productos diversos contra el cáncer ⁽²⁶⁾ casi el cuarto (23%) de los encuestados mayores de 40 años consume este tipo de alimento.

Nuestra intención fue reflexionar sobre éstas medicinas que si bien no son tan científicas la gente va en su busca, es porque nosotros no le damos todo lo que quieren o es que a veces por el tecnicismo nos lleva a olvidarnos del hombre asimilándolo a una estadística, o a un número cuando llamamos por orden en un consultorio de una mutua lista.

Tengamos siempre presente la definición de Miguel de Unamuno del enfermo como “un ser de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña”.

Pero el avance tecnológico de las últimas décadas, las comunicaciones en todo el mundo al instante, las estaciones habitadas por hombres en el espacio, la telecirugía robótica, los trasplantes de múltiples órganos, la ingeniería genética con el proyecto genoma humano, la clonación de mamíferos, hace que se pueda actuar sobre la muerte y crear vida. Todo esto en conocimiento del enfermo y del familiar profano le parece imposible que una infección a veces pequeña, a través de los

mediadores inflamatorios, pueda determinar una gravedad inusitada e inclusive la muerte de un ser querido.

Humanicemos nuestra relación, informemos adecuadamente al interlocutor, es un individuo enfermo, y cuando digo individuo es por la particularidad que tiene cada persona, la cual tiene familia, educación, creencia y ambiente social, muchas veces diferente al nuestro por lo que tenemos que comprenderlo en la amplia dimensión de un ser humano semejante a nosotros pero con sus peculiaridades personales.

La intención de nuestra disertación fue analizar los cánones actuales para mantener una buena relación médico (cirujano)-paciente, porque creemos que es parte fundamental de cualquier relación humana el conocer los derechos y deberes que tiene cada uno. Y en este caso especial donde uno de ellos el enfermo está muchas veces en los peores momentos de su vida, donde la angustia y los temores se multiplican y con una información veraz y lo más adecuada, basada en lo que hemos expuesto va a determinar una herramienta más para curar a nuestro enfermo, quién es la razón de nuestra profesión.

Debemos recordar que el médico no debe dejar de atender al enfermo con toda solicitud aún cuando no pueda curar. Sigue vigente el clásico principio de la ética médica que sintetiza la función asistencial del médico: Curar, aliviar, consolar.

El enfermo necesita algo más que remedios y aparatos, necesita al médico como persona. Si bien podemos saber muchos parámetros por la electrónica, el enfermo se queja porque “a mi nadie me toca”, “significa encontrar el sentido más allá del significado literal: muchos pacientes mueren ‘con hambre de piel’, saciarlos de ello no significa pecar de paternalismo”⁽²⁷⁾.

“Por otro lado el efecto sanador de la presencia del médico, que el paciente ‘sienta’ que el médico está a su lado, implica la vibración del encuentro irreplicable de persona – persona, que se está en la misma sintonía corporal”⁽²⁷⁾.

“Ayudando al bien morir, el galeno está ayudando al bien vivir”⁽²⁷⁾.

Para terminar transcribiremos el pensamiento de dos autores (citado en 5):

Selecky: “Aunque nadie es inmune a las críticas o desafíos, los trabajadores en cuidado de la salud, que actúan en forma pensada y racional, con preocupación sobre el paciente y en comprensión abierta de sus colegas, no deben temer una consecuencia legal”.

El escritor Jean Rostand: “No hay ninguna vida, por muy degradada, deteriorada, rebajada o empobrecida que esté, que no merezca respeto ni que se la defienda con denuedo. Tengo la debilidad de pensar que el honor de una sociedad radica en asumir, en aceptar el oneroso lujo que supone para ella la carga de los incurables, los inútiles, los incapaces; yo mediría su grado de civilización por el esfuerzo y la vigilancia a que se obliga por el mero respeto a la vida”.

Bibliografía

- 1) Asociación Argentina de Cirugía. Código de ética y deontología del Cirujano. Rev. Argent. Cirug. 2001; 80 (5): 143-54.
- 2) Berro G: Formación Bioética ¿Reformulación de la enseñanza médica? Responsabilidad médica para el 3º milenio. Colección “Medicina y Derecho”. Montevideo: San Fernando, 2001.
- 3) Rotondo M T: Bioética. En: Mesa, G. Medicina Legal. 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro, 1995. Cap.4
- 4) Gherardi CR: Reflexiones sobre dilemas bioéticos en Medicina Intensiva. En: Terapia Intensiva, 3ª ed. Soc. Argent. Ter. Inten. Buenos Aires: Panamericana, 2000.
- 5) Campos Pierri NC: El final de la vida. Área de Medicina Intensiva. Responsabilidad médica para el 3º milenio. Colección Medicina y Derecho. Montevideo: San Fernando, 2001.
- 6) Net A: Ética y costes en Medicina Intensiva. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica. 1996.
- 7) Szafir D: La autonomía de la voluntad y los derechos del paciente. Responsabilidad médica para el 3º milenio. Colección “Medicina y Derecho” Montevideo: San Fernando, 2001.
- 8) Patiño Restrepo JF: Dilemas éticos de la moderna cirugía. Cir. Uruguay 1994; 64:12-16.

- 9) Presa Restuccia D: ¿Afronta límites el profesional médico ante la determinación del paciente de poner fin a su vida? Colección "Medicina y Derecho" Montevideo: San Fernando, 2001
- 10) Gramatica L (h), Vezzaro D; Gramatica, G. El consentimiento informado en Medicina-Aspectos médicos-jurídicos Teorías y Modelos -Asociación Argentina de Cirugía, 2001.
- 11) Rios Bruno G, Berlangieri C, Berro G, Tommasino A, Ferrere AR: Responsabilidad médico legal del Cirujano -Cir. Uruguay 1995; 65:6-18.
- 12) Martínez Marull A: Responsabilidad médica. Cir. Uruguay 1994; 64: 17-20.
- 13) Berro G: La medicina legal en la formación médica. Responsabilidad médica para el tercer milenio. Tribunal Ética Médica FEMI- noviembre 2000.
- 14) Scorer G, Wing A: Problemas éticos en Medicina. Barcelona: Doyma, 1983
- 15) Campos Pierri NC: Discurso del Presidente del 49° Congreso Uruguayo de Cirugía. Cir. Uruguay; 1998; 68:223-5.
- 16) Cluzet O: Los problemas éticos en la práctica profesional médica. Responsabilidad médica para el tercer milenio. Tribunal de Ética Médica de la Federación Médica del Interior (FEMI), nov. 2000.
- 17) Friedman T, Mole JF: Cuidado general del paciente. En: Washington Manual de Cirugía. 2ª ed. España: Marban, 2001.
- 18) Gamarra J: ¿Cuáles son los riesgos que el médico debe informar al paciente? Responsabilidad médica para el Tercer milenio. Tribunal Ética Médica Federación Médica del Interior (FEMI) nov.2000.
- 19) Van Rompaey L: Jurisprudencia sobre responsabilidad médica. Responsabilidad médica para el tercer milenio. Tribunal de Ética. Médica de la Federación Médica del Interior (FEMI) nov 2000.
- 20) Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Medicina basada en la evidencia. Como practicar y enseñar la MBE. 2ª ed. Barcelona: Harcourt, 2001.
- 21) Arribalzaga EB, Mihura ME: Cirugía basada en la evidencia: ¿Moda, mito, o metodología moderna? Rev. Argent. Cirug., 2001; 81(1-2): 18-29.
- 22) American College of Surgeons: College establishes office of evidence-based surgery. Bulletin, 2001; 5(10): 86.
- 23) Jacobs LM: Efectos económicos de la asistencia gestionada. Clin. Quir. Norte Am. 1999; 6:1225-35.
- 24) Tsen LC, Segal S, Pothier M, et al: Alternative Medicine use in Presurgical patients. Anesthesiology, 2000; 93: 184-51.
- 25) Sanar es lo importante Diario El Observador. Uruguay. Sábado 7 de julio 2001.
- 26) Medicina alternativa. Semanario Búsqueda. Uruguay 11 de octubre 2001.
- 26) Duarte L: Ética y bioética: cuestión epistemológica aplicada a la salud. Círculo Médico de Matanza-Buenos Aires.