

ASPECTOS ETICO-MORALES EN RELACIÓN A LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA

*Por el Dr. Alejandro Membreño Padilla, F.A.C.S. **

Previamente, en relación a este tema, se ha dicho (1) que el concepto moderno de . . . "entrenarse mientras se trabaja". . . constituye la base de cualquier Programa de Residencias en Cirugía; este concepto es, en mi criterio (2), aplicable a nuestro Hospital-Escuela. También se dice (3) que el hecho de entrenar Residentes Quirúrgicos implica 3 factores: político, económico y ético. El primero de estos factores es también aplicable a nuestro medio, ya que una parte de la "política" del Ministerio de Salud Pública (y por lo tanto del Gobierno de la República), así como de la Escuela de Medicina {y por lo tanto de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras}, es la de "producir" médicos especialistas "entrenados" en Honduras con el objeto de evitar la fuga de cerebros al extranjero, por un lado, y con el objeto de "saber tratar mejor" las enfermedades propias de nuestro medio, por otro lado. Esto, por supuesto, conlleva el gasto que implica entrenar a esos médicos, lo cual representa el factor económico.

Ahora bien: ¿en qué consiste, y/o cual es el factor ético?. En primer lugar conviene aclarar que "entrenar" Residentes con pacientes no debe ser considerado "antiético e/o inmoral", y mucho menos un "fraude o engaño", como lo ha querido entrever la American Medical Association (A.M.A.) en los Estados Unidos (4), puesto que es parte de un proceso de enseñanza aprendizaje que se hace, por

los Especialistas y los Residentes, en forma responsable y por lo tanto no implica un "mayor riesgo" el hecho de que un Residente —y no el Cirujano Especialista encargado del caso— opere, o lleve la "mano operatoria", en un paciente. Tal vez, lo que sí podría ser cuestionado o catalogado como incorrecto —y hasta como antiético e/o inmoral— sea el hecho de no informar al paciente de ello, o no se obtenga su permiso para hacerlo; aunque también conviene aclararle al paciente que no es que se va a "sustituir" al Cirujano por un Residente —como lo insinúan (4) algunos— sino que éste último va a realizar el acto operatorio ayudado y/o supervisado directa y estrechamente por el Cirujano y que, por lo tanto, el "riesgo operatorio" es esencialmente el mismo.— Si el Cirujano hace esto estará demostrando honestidad y responsabilidad ante el paciente y sus familiares, y al mismo tiempo ética y moralmente estará actuando como un auténtico buen profesional de la Medicina y como un verdadero ser humano, respectivamente. Al mismo tiempo, si el Cirujano cede el acto operatorio a un Residente, toda la "responsabilidad" del caso es de él, aunque parte de ella debiera ser asumida por aquel y, por lo tanto, es indispensable que la "responsabilidad" de la "atención del paciente" sea compartida entre ambos para bien de este último, ya que es el Residente quien en realidad se mantiene más en contacto con el paciente durante su estadía hospitalaria. Sin embargo, para el público, este hecho —como lo dice el Dr. Holmes (5)— ha sido y es considerado como inaceptable, a menos que el Residente actúe pasivamente. Por otro lado, el irónicamente— como lo dice el Dr. Nora (6)— el "trabajo pasivo" que pudiera realizar un Residente, es decir: escribir órdenes; o un inter-

no y/o una Enfermera, es decir: cumplir lo ordenado por el Residente podría, en algunos casos y/o circunstancias, resultar más peligroso" para la vida del paciente. Este concepto ético en realidad implica el desarrollo de un "trabajo en equipo", en el que el Cirujano actúa como el principal responsable de la atención del paciente y el Residente como su mejor colaborador. Es responsabilidad nuestra —como educadores— informar, por lo tanto, de este concepto al paciente antes de operarlo; así como de informar y/o discutir con éste el papel que tendrá el Residente en su cuidado y/o estudio preoperatorio, su intervención quirúrgica y su manejo postoperatorio. Al informar detalladamente al paciente de todo lo anotado, y después de discutir todos estos hechos con él, es indispensable que a continuación nos firme una "hoja de consentimiento" para su estudio, operación y/o manejo recalando en ella que será un "equipo médico"—anotando para ello también el nombre del Residente que compartirá la responsabilidad con nosotros— el que estará a cargo de su cuidado, y no sólo el Cirujano encargado del caso. Esto debe hacerse aún cuando se trate de cirugía o casos menores, aparentemente inocentes, ya que hasta en este tipo de cirugía o casos el Cirujano deberá actuar como "capitán" del barco —es decir, del equipo médico— en el cual siempre el Residente jugará un papel importante. Por supuesto que el paciente deberá analizar y/o razonar toda la información que se le brinda para poder comprender que ésta es lógica, valedera, honesta, real y justificable como para poder tomar la decisión de aceptarla y así firmar la hoja de consentimiento.

Ahora bien: ¿moralmente, es esto justo y honesto? La realidad es que perfectamente podemos intuir, en todo lo anteriormente expuesto y analizado, que nosotros los Cirujanos "creemos conscientemente" que el aspecto puramente ético incluye el concepto de lo que son nuestros "ideales y obligaciones morales" en la práctica y/o enseñanza de la Cirugía y, si así lo creemos, la respuesta a la interrogante planteada sería afirmativa. Sin embargo, filosóficamente ello podría ser cuestionado—como lo dice el padre Bresnahan (7)— si no llegamos a comprender el concepto que separa la llamada "moralidad de aspiración", que en la práctica y docencia de la Cirugía consistiría en buscar la "excelencia" —por medio del trabajo en equipo— en el cuidado y tratamiento de los pacientes que van

a ser operados por nosotros o los Residentes, de aquella otra llamada "moralidad del deber", que es la que nos obliga a pensar y/o preocuparnos sobre los "aspectos legales" que podría conllevar la práctica y docencia de la Cirugía. Por supuesto que si la primera domina en la práctica y docencia que nosotros realizamos diariamente — como educadores de un Programa de Residencias en Cirugía — nos llevará a definir más clara y fácilmente, tanto ética como legalmente, el límite inferior — es decir: la segunda — lo cual lograría evitar lo que nosotros mismos, o el público, no podríamos aceptar por ser inhumano y/o destructivo, y por lo tanto equivocado e inaceptable.

Un último factor que en ocasiones es mencionado tanto por los pacientes y/o sus familiares como por nosotros mismos, es el religioso — es decir: la fé que un paciente puede tener en nosotros — el cual filosóficamente también puede ser considerado como ético-moral, pero éste no depende de nosotros y por lo tanto está fuera de nuestro alcance. También, y para finalizar, creo que conviene agregar a estas reflexiones filosóficas el hecho de que, por lo menos teóricamente, nosotros definitivamente no deseamos dañar o herir, física o espiritualmente, a ninguno de nuestros pacientes al sugerirles y/o recomendarles ser sometidos a cirugía, y mucho menos al operarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ward, P.G.; "Surgical Residency: on the Job Training or education?"; *Am. J. Surg.*, 140:720, 1980.
2. Membreño -Padilla, A. A.: "Reflexiones sobre lo que en realidad es un Programa de Residencias en Cirugía"; *Rev. Med. Hond.*, 51/3: 117,1983.
3. Thomasma D.C. and Pickleman J.: "The ethical challenges of surgical training programas"; *Bull. Am. Coll. Surg.*, 68/6:18,1983.
4. Dailer T.H. and Leef E. I.: "Resident Surgery: is it safe?"; *Diseases of the Colon and Rectum*, 21:85, 1978.
5. Holmes, M.K.: "Ghost Surgery"; *Bull. N.Y. Acad. Med.*, 56/4: 412,1980.
6. Nora, P.F.: "Ethics in housestaff training"; *Bull. Amer. Coll. Surg.*, 69/5:3,1984.
7. Bresnahan, J.F.: "The ethicist in clinical surgical education"; 69/5: 8,1984.