

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

Validez y confiabilidad de un cuestionario de transgresiones ético - médicas

TESIS para optar el Grado Académico de : MAGÍSTER EN BIOÉTICA

AUTOR

José Véliz Márquez

LIMA – PERÚ 2005

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO SE REALIZÓ PENSANDO EN LOS MÉDICOS QUE, A PESAR DE OFRENDAR SU EXISTENCIA EN DIFÍCILES CIRCUNSTANCIAS, EN PRO DEL BIENESTAR, SALUD Y VIDA DE SUS PACIENTES, SON INJUSTAMENTE DENUNCIADOS O MALTRATADOS

TAMBIÉN SE PENSÓ EN NUESTRA POBLACIÓN QUE, DESINFORMADA O MAL INFORMADA, CALIFICA ALGUNOS ACTOS MÉDICOS COMO INADECUADOS O MALINTENCIONADOS, CUANDO SÓLO SON RESULTADOS FORTUITOS O PRODUCTO DE LAS SERIAS CARENCIAS QUE CONFRONTAMOS.

AGRADECIMIENTOS

A TODOS LOS MÉDICOS DE LIMA Y PROVINCIAS QUE CON SUS OPINIONES Y SUGERENCIAS, MEJORARON EL CUESTIONARIO TANTO EN LO FORMAL COMO EN LO CONCEPTUAL. EN ESPECIAL A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA ÉTICA 2002-2003 DEL CONSEJO NACIONAL, QUIENES ACTUARON COMO JUECES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN, DOCTORES: A. ANDAMAYO S., A. BENAVIDES Z., J. A. GILES B., A. HIDALGO G., A. MENDOZA F.(Presidente), D. MOLERO C., R. PALOMINO D. y M. PALOMINO Y. ASÍ MISMO DEL COMITÉ DE VIGILANCIA ÉTICA DE IGUAL PERIODO DEL REGIONAL III, DOCTORES: J. CARBONEL H., J. CELIS Z. (Presidente), J. V. DORICH M., J. FLORIÁN A., O. LUNA V., A. M. MONTAÑEZ M., B. VILLACORTA P. F. SIME B. y E. VELIS V.

UN ESPECIAL RECONOCIMIENTO AL ING. WILFREDO MORMONTOY LAUREL QUIEN, COMO SIEMPRE, ME BRINDÓ SU VALIOSO Y AMIGABLE ASESORAMIENTO EN LA PARTE ESTADÍSTICA.

A LOS MIEMBROS DE LOS JURADOS INFORMANTE Y EXAMINADOR: DRES. JULIO CÉSAR ALFARO MANTILLA, MIGUEL ÁNGEL OLIVEROS DONOHUE, ALBERTO PERALES CABRERA, ELARD SÁNCHEZ TEJADA, Y A QUIEN ADEMÁS FUERA MI TUTOR, EL DR. PATRICIO WAGNER GRAU; A TODOS ELLOS GRACIAS POR SUS VALIOSAS SUGERENCIAS QUE PERMITIERON MEJORAR LA TESIS.

A MI ESPOSA E HIJOS POR SU INACABABLE TOLERANCIA Y APOYO, PROPICIADOR DE LA REQUERIDA Y NECESARIA TRANQUILIDAD.

INDICE

	Pág. N°
RESUMEN	1
I.-INTRODUCCIÓN	2
II.-ANTECEDENTES	4
III.-OBJETIVOS	6
IV.-SUJETOS Y MÉTODOS	6
V.-CONSIDERACIONES ÉTICAS	8
VI.-RESULTADOS	8
A.-Características demográficas de los jueces	8
B.-Opiniones y sugerencias	9
C.-Validez de contenido	9
D.-Validez de constructo teórico	11
E.-Validez concurrente	11
1.-Comparación con los índices de validez de los ítems del Cuestionario en médicos de Ayacucho, Ica, Huaraz y Huánuco	11
2.-Comparación con los porcentajes de tipos de denuncias en una muestra aleatoria de 148 expedientes del Regional III	12

F.-Confiabilidad	14
G.-Mejoramiento del Cuestionario y su nueva versión	15
H.-Avances logrados con la nueva versión del Cuestionario	15
1.-Comparación con los índices de validez de los ítems del Cuestionario, en médicos de Cusco, Chimbote y Huancayo	16
2.-Segunda comparación con los porcentajes de tipos de denuncias en la muestra aleatoria de 148 expedientes	16
VII.- DISCUSIÓN	18
VIII.-CONCLUSIONES	39
IX.-RECOMENDACIONES	39
X.-BIBLIOGRAFIA	40
XI.-ANEXOS	42

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN CUESTIONARIO DE TRANSGRESIONES ÉTICO-MÉDICAS

José Véliz Márquez

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.-El aparente incremento de transgresiones ético-médicas y el desconocimiento de sus características, evidenciaron la necesidad de acercarnos al conocimiento de las frecuencias y otras particularidades de las mismas a través de la pertinente investigación científica.

OBJETIVO.-Elaborar un cuestionario válido y confiable que permita acercarnos al conocimiento de las características de las citadas trasgresiones, en el contexto de la relación médico-paciente.

MÉTODOS.-Se sometió la quinta versión de un cuestionario de 22 ítems a la opinión de los 17 miembros de los comités de vigilancia ética y deontológica de los consejos Nacional y Regional III (Lima), del Colegio Médico del Perú quienes, actuando como jueces, calificaron el instrumento en dos oportunidades el que además se aplicó a 76 médicos de 4 departamentos del Perú. Se utilizaron estadísticos como el de PEARSON, la t de STUDENT y el alfa de CROMBACH.

RESULTADOS.-Todos los jueces aceptaron que los 22 ítems identificaban transgresiones (**Validez de contenido**). La **validez de constructo** teórico recibió apoyo al constatarse que todas las correlaciones item-test (Índices de validez) superaron el 0.20 recomendado (GARRET), con excepción del ítem 3, y también porque tales transgresiones contravienen lo estipulado en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico que posee una base teórica humanística expresada, entre otros, por los principios bioéticos. Para la **validez concurrente**, se compararon las correlaciones item-test de los 17 jueces, versus la de 76 médicos de provincias, las que resultaron similares, con excepción del ítem 4. También se comparó el orden de prelación de los tipos de transgresiones logrado por los jueces con el de una muestra aleatoria de 148 denuncias contra médicos realizadas ante el Regional III entre 1980-1999, ambas prelações resultaron iguales con excepción de las denuncias entre médicos.

La confiabilidad del instrumento en base a los cuestionarios de los jueces, evaluada por medio de la correlación test-retest fue de 0.77, y el alfa de CROMBACH de 0.92

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.-Se comprobó que el Cuestionario en su 5ª versión es válido y confiable. Se propone validar la sexta y emprender su aplicación, en muestras representativas a fin de lograr acercarnos a la frecuencia real de las transgresiones del médico, a nivel nacional.

I.-INTRODUCCIÓN

A pesar de la importancia y significación del aparente incremento de la llamada mala práctica, no se cuenta en el país con datos científicamente logrados que nos acerque al conocimiento de la realidad, como podría ser una evaluación de las historias clínicas de los hospitales o la aplicación de un cuestionario que recoja las valiosas opiniones de los médicos.

Una forma indirecta de conocer la frecuencia de transgresiones ético-médicas es a través de las denuncias que, en contra de los médicos, viene recibiendo el Colegio Médico del Perú desde su inicio. Al respecto se ha publicado los resultados de un estudio de los expedientes de denuncias elaborados entre 1980 y 1999 (1). Esta forma indirecta de tratar el problema, ha dado lugar a diversos trabajos en el extranjero, como el informe de la Cámara Médica de Croacia (2) con cerca de 10 mil, entre médicos y dentistas, en donde entre 1997-1998, se presentaron 60 demandas de mala práctica, la mayoría rechazadas, pronosticándose su incremento debido a la orientación económica basada en el mercado libre. ROTKER et al (3), afirman que: "En Alemania, como en la mayoría de los países europeos, no hay un registro central de demandas por mala práctica médica. No se conoce en qué porcentaje las demandas por responsabilidad médica son decididas a favor del médico o del paciente". NAKAJIMA et al (4) comentan que: "Aunque la frecuencia de demandas en Japón es menor que en Estados Unidos, Inglaterra y Alemania, el número se está incrementando" y la Corte Suprema informó sobre 102 casos en 1970 y 629 en 1998 mientras que la Academia Médica (que agrupa al 43.5% de los 250 mil médicos), encontró un incremento de 31% entre 1987 y 1999. NISSELLE (5), comenta que en el Harvard Medical Practice Study, se concluye 1) que las fallas de comunicación en la relación médico paciente determina si habrá litigio, 2) que un acto negligente es necesario pero insuficiente para el éxito de la demanda y

3) que un paciente demanda, si sospecha que el resultado adverso es provocado por una negligencia. PENG (6), informa que la Canadian Medical Protective Association con sus 56 mil miembros, gestionó 7 909 acciones legales, resultando 30% desfavorables al médico. UGALDE LOBO (7), estudia 110 denuncias penales en hospitales del Seguro Social y otras instituciones públicas de Costa Rica, entre 1981 y 1991, 59 fueron "iatrogenia" (54%), 46 denuncias infundadas (41%) y 5 (5%) mala práctica médica, la mayoría de ortopedia y gineco-obstetricia. MENDOZA et al (8), confirman el progresivo incremento de las demandas penales y civiles en el IX Distrito Federal del Colegio Médico de Buenos Aires, entre 1990 y 1994. GARRIDO et al (9), de 764 casos de querellas instauradas de todas las especialidades y de todo Chile, entre 1991 y 1998, observan progresivo aumento en 155 de gineco-obstetricia.

En el país se desconoce la frecuencia con que los médicos transgreden las normas. Por otro lado, no es factible imitar diseños de investigación caros como el Harvard Medical Practice Study (10), empleados en países desarrollados. La exploración de las opiniones, modulada por la experiencia y observación participante que poseen los médicos, posibilitaría acercarnos al conocimiento de la frecuencia y otras características de tales transgresiones y, en alguna medida, de los errores que las sustentan.

Mientras tanto, y como hemos mencionado arriba, la frecuencia de las denuncias contra médicos, por supuestas o reales transgresiones ha sido investigada, encontrándose, con gran preocupación, un aparente incremento de las mismas al lado de otras particularidades. El estudio se realizó entre los años 1998-2000 en una muestra aleatoria de 148 expedientes de denuncias contra médicos, en las que se encontró que la mayor frecuencia de las mismas, se daba por transgresiones en relación directa con pacientes (38 %), siendo la segunda las

primariamente relacionadas con el incumplimiento de reglamentos o códigos de salud (28%) y, en tercer lugar, las que resultaban de las malas relaciones entre médicos (13.6 %) (1). Este estudio retrospectivo de expedientes, con el médico como supuesto o real transgresor, nos permitió ver la necesidad de explorar otras fuentes, como el paciente, los directivos de las instituciones de salud y del Colegio Médico, así como diversas autoridades denunciadoras de instituciones afines al sector.

Circunscribiéndonos sólo a los médicos, es evidente que ellos pueden opinar sobre las trasgresiones de normas de ellos mismos, en situaciones tales como la de inculcado, culpable sentenciado o denunciado inocente, que son las situaciones estudiadas a través de los expedientes, faltando las opiniones cuando actúa como simple observador, que es la que investigamos en esta oportunidad. Una de las formas más productivas para recoger esas opiniones es a través de un cuestionario, que aparte de brindarnos datos directos y actuales, nos proporcionaría indicadores que decidirían los contenidos y estrategias de futuras acciones, mejorando de paso, la imagen que del Colegio Médico tienen nuestros colegas.

En el futuro sería conveniente conocer las opiniones de los pacientes y las de los directivos de las instituciones, en la esperanza de completar el contexto en que se dan las trasgresiones.

II.- ANTECEDENTES

En el año 1997, el Dr. Héctor TOVAR (11) elaboró un cuestionario de 17 trasgresiones que aplicó a 52 médicos tratando de diferenciar cuáles eran “más frecuentes” por comparación con las “ocasionales”, trabajo que lamentablemente no fue continuado. Por nuestra parte, tomando algunos de los ítems de TOVAR, y añadiendo otros, realizamos un estudio piloto utilizando una primera versión de

una encuesta anónima, y que fuera sometida a la opinión y crítica de los miembros del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional (CVED-CN) 1999-2000, y luego aplicada, el 4 de Setiembre de 1999, a 24 médicos participantes del cursillo “Problemas en la práctica médica”. Una segunda versión fue respondida por 55 participantes del Seminario-taller “El nuevo Código y los comités de ética” el 27 de Abril del 2000, dando lugar a la tercera versión de 58 ítems, que fuera evaluada por los 14 miembros del CVED-CN 2000-2001, el 24 de Octubre del 2000, en un intento fallido de validación, pero que generó valiosas sugerencias como el evitar las oraciones negativas, por ejemplo, “Estar desactualizado” en lugar de “No estar actualizado”, “Insuficiente información al paciente” en lugar de “No informar al paciente”; o añadir: “sin que esté autorizado” a “Practicar aborto”; y un nuevo ítem: “Dar certificado o informe falso”, con todo lo cual se generó la cuarta versión de 62 ítems distribuidos en 6 secciones.

Por ser un Cuestionario demasiado amplio y considerar variados aspectos teóricos, tomamos sólo la primera sección A (Transgresiones de los médicos), a fin de presentarla ante la Comisión Revisora de la UNMSM, cuyas observaciones formales fueron incorporadas, convirtiéndose así en la quinta versión con sólo 22 ítems, que sometimos a pruebas de validez y confiabilidad.

III.- OBJETIVOS

General.-

Elaborar un instrumento válido y confiable que permita recoger opiniones utilizables sobre las transgresiones éticas que los médicos observan en sus colegas

Específicos.-

- 1.-Someter la sección A de la quinta versión del Cuestionario, a validación de contenido por medio del criterio de jueces.
- 2.-Investigar la validez de constructo teórico.
- 3.-Investigar la validez concurrente.
- 4.-Evaluar la confiabilidad del Cuestionario

IV.-SUJETOS Y MÉTODOS

Para la validación se logró la colaboración de los médicos miembros de los comités de vigilancia ética y deontológica del Consejo Nacional (CVED-CN) y del Consejo Regional III-Lima (CVED-CR III) del periodo 2002-2003, quienes en número de 17, actuaron como jueces.

El instrumento, un Cuestionario anónimo, solicita algunos datos demográficos e institucionales con el fin de establecer correlaciones estadísticas. Contiene 22 ítems más otros 3 numerales para recibir sugerencias de nuevos ítems (Anexo 1). Se recogieron respuestas de otros 10 ítems sobre “transgresiones” de los pacientes, que no se consideran en el presente reporte.

El ámbito geográfico inicial, fue el del Colegio Médico en su sede central, en donde trabajan ambos comités, extendiéndose luego a otras sedes de consejos regionales del Colegio Médico en provincias.

Los jueces calificaron el Cuestionario anónimamente y por primera vez (**Test**) mediante una escala tipo LIKERT, señalando su opinión respecto a la frecuencia con que cada tipo de trasgresión es observada, significando 1 la frecuencia nula o “nunca”, y 5 “muy frecuente”. En un formato especial: “Calificación del Cuestionario” (Anexo 2), evaluaron si cada ítem correspondía o no a una trasgresión, así como los aspectos semánticos y formales, anotando sus observaciones. Quince días después, los mismos jueces fueron re-encuestados (**Retest**) para posibilitar la correlación test-retest que permitió evaluar la confiabilidad del instrumento (A los miembros del CVED-CN, el 10 y 23 de Enero y a los del CVED-CR III, el 23 de Enero y 6 de Febrero del año 2003).

La **validez de contenido** consistió en el reconocimiento o negación, por los miembros de los comités, de que los ítems aludían o no a transgresiones y la representatividad de tales indicadores de conducta, sugiriendo de paso mejoras en los aspectos formales de redacción, tarea para la que usaron el formato “Calificación del Cuestionario”

Para la **validez de constructo teórico**, se consideraron los puntajes r (PEARSON) de la correlación ítem-test (Índices de validez), en los cuestionarios llenados por los jueces, como apoyo estadístico de la base teórica de nuestro Código, al lado de la correspondiente búsqueda bibliográfica e investigaciones científicas realizadas.

Para la **validez concurrente**, comparamos 1) los índices de validez de los jueces con los de 76 médicos de Ayacucho, Ica, Huaraz y Huánuco (En adelante AIHH), interesados en los aspectos éticos al participar en sendos seminario-talleres sobre un método de evaluación de denuncias contra los médicos, y 2) el orden de prelación de los diversos tipos de transgresiones logrado con el Cuestionario,

versus el de las 148 denuncias realizadas ante el CVED-CR III, durante el lapso 1980-1999, investigación antes mencionada. Complementariamente se hizo algo similar con cuestionarios contestados por 58 médicos de Cusco, Chimbote y Huancayo (En adelante CCHH), pero con la nueva versión del Cuestionario.

Respecto a la confiabilidad se utilizó el alfa de CROMBACH¹ y, además, para los jueces, la correlación test-retest.

Los resultados son presentados en tablas de frecuencias, porcentajes, y correlaciones.

V.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se dialogó con los Sres. presidentes y miembros de ambos comités, habiéndose logrado, desde el inicio, colaboración plena. Sólo fue necesario un consentimiento informado verbal. Método similar se utilizó al tomar el Cuestionario a otros grupos de médicos en provincias.

¹ La confiabilidad es apreciada a través de la consistencia interna de la prueba total, no requiriéndose el retest.

VI.-RESULTADOS

A.-Características demográficas de los jueces

De los 17, sólo una dama; edad en el rango de 47 a 76, promedio 65 años de edad; tres son internistas, dos cardiólogos, dos cirujanos, un dermatólogo, un reumatólogo, un psiquiatra, un anestesista, un pediatra y un intensivista, cuatro no declararon especialidad. Catorce afirmaron tener el título de especialista con aval universitario, uno lo negó y dos no contestaron. El rango de años de experiencia profesional va desde los 17 hasta los 47, con un promedio de 30 años. Catorce siguen en actividad atendiendo pacientes, otros tres no declararon al respecto. Once ejercitan la docencia universitaria, tres no, y otros tres no declararon nada sobre el tema.

B.-Opiniones y sugerencias

Con esta parte final del Cuestionario se obtuvieron los siguientes resultados:

1.- En cuanto a las **opiniones sobre el Cuestionario en el test y retest**, se recibieron **13** opiniones a favor (“Bien” o “buena”, “Interesante”, “Muy acertada” o “Acertada”, “ojalá cumpla con el beneficio que se espera”, “Importante”, “Lo felicito”, “Saludable”, y “Útil”).

2.-Hubieron **sugerencias en sentido positivo** como en dos oportunidades “Realizarla periódicamente y extenderla a los hospitales” y las que siguen sólo en una: “Hacerla extensiva a todas las regiones”, “Que se haga a nivel nacional”, “Hacerla extensiva a las sociedades”, “Espero que se termine y conocer las conclusiones”, “Consignar el cero cuando se ignore el dato”.

3.-En el sentido **negativo**, se comentó 3 veces sobre: “Preferible realizarla antes de almuerzo” o “Tomarla a primera hora de la reunión” y con una mención: “No es anónima, se anota datos del encuestado” o “Muy larga”. La primera

dependía de la situación propia del trabajo de ambos comités (sesión-almuerzo). El problema del anonimato, no ha vuelto a comentarse, ni en el retest ni en posteriores evaluaciones. Lo de utilizar el cero “cuando se ignora el dato”, a pesar de no ser muy importante en la fase de validación, fue considerado (Ver más adelante).

C.-Validez de contenido.

En la hoja de “Calificación del Cuestionario”, los jueces manifestaron estar de acuerdo en que los ítems describían trasgresiones de normas, en cambio hubieron observaciones en los aspectos formales y conceptuales, 7 en el test y 18 en el retest, las que son presentadas en la Tabla 1, en la que al lado de las sugerencias, se anota la opinión del investigador.

TABLA 1

Item: N ^o , tema	Sugerencias de jueces	Opinión investigador
4 Eutanasia*	“Practican suicidio asistido”	Añadir
4 Eutanasia*	“No practican eutanasia”	Oración negativa
4 Eutanasia	“Tienen alguna actitud relacionada con la muerte”	¿Cuál actitud?
4 Eutanasia	“Practica Ud. <u>limitación terapéutica...</u> ”	Lo subrayado no es transgresión.
4 Eutanasia	“Sospecha que practican”	Supone. No aceptar.
4 Eutanasia	“Practican eutanasia y <u>distanasia</u> ”	Añadir lo subrayado
5 Aborto*	“Practican aborto”	¿Y el terapéutico?
5 Aborto	“aborto con <u>finés de lucro</u> ”	Lo subrayado, ver ítem 6
5 Aborto	“¿a qué se refieren?”	No entendió
6 Explot. Econom.	“Se aprovechan económicamente de sus pacientes”	Casi igual ítem propuesto
6 Explot. Econom.	“Abusan de la condición económica del Pac.	Casi igual ítem propuesto
7 Rel. Sexuales	“Acosan o intentan establecer contactos sexuales”	Casi igual ítem propuesto
10 Discriminación	“Discriminan a sus pacientes por algún motivo”	¿Cuál motivo?
11 Política*	“No pertinente”	Ver Art. 55 Código CMP
13 Trat. Ineficaz*	“Aplican trat. ineficaces o innecesarios”	“Innecesario” está en ítem 15
13 Ídem*	“Trat. inadecuados”	Vaguedad del término

13 Ídem	Ídem	Ídem
13 Trat. ineficaces	“Aplican tratamientos <u>sin fundamento científico</u> ”	Lo subrayado, implícito en ítem propuesto
14 Trat. imprudente	“Aplican tratamientos imprudentes”	El médico es imprudente y no el tratamiento
15 Trat. innecesario	“ <u>Realizan</u> trat. innecesarios”	Añadir, en 13, 14 y 15, lo subrayado
15 Trat. innecesario	“Indican” en vez de prescriben	Son sinónimos
18 Hist. Incomplet.	“Confeccionan la Hist. Clin. de manera incompleta	Casi igual ítem propuesto
20 Inf. Insuficiente	“Añadir: sobre su enfermedad”	No es el único tema
21 Venden muestras*	“Venden medicamentos o <u>material médico.</u> ”	Añadir lo subrayado
22 Certificado falso	“Dan” en vez de expiden	Son sinónimos

*.-Se dieron el el test, el resto en el retest

Ningún juez negó que algún ítem no correspondiera a conducta transgresora.

Con negrita dentro de los comentarios, figuran las trasgresiones que creemos pueden incorporarse como nuevos ítems y las modificaciones de otros.

D.- Validez de constructo teórico

Las correlaciones ítem-test, primer paso para evaluar este tipo de validez, se practicó con los datos del retest de los jueces, por contener sólo un cero, mientras que el test (o pretest) contenía 9. Se presentan en la Tabla 2.

TABLA 2
CORRELACIONES ÍTEM-TEST (ÍNDICES DE VALIDEZ) n= 17 JUECES

ITEM	r Pearson
1	0.8009
2	0.7158
3	0.1802
4	0.6720
5	0.7266
6	0.7271
7	0.8050
8	0.8657
9	0.8985
10	0.8627
11	0.7188

ITEM	r Pearson
12	0.6638
13	0.7285
14	0.8187
5	0.8217
16	0.7532
17	0.6423
18	0.7370
19	0.8038
20	0.7992
21	0.6951
22	0.6712

Todos los índices, con excepción del logrado por el ítem 3, superan 0.20, límite inferior recomendado por GARRET (12, Pags. 405-406), comprobando que pueden abarcar la mayor parte del espectro de respuestas, y representan bastante bien a todo el test, es decir que hay un denominador común que corresponde al constructo teórico que soporta el concepto de trasgresión, y que los jueces han reconocido. Otros aspectos teóricos serán considerados en la Discusión.

E.- Validez concurrente:

1.-Comparación con los índices de validez en médicos de Ayacucho, Ica, Huaraz y Huánuco.- Entre el 16 de mayo y el 5 de julio del año 2003, se realizaron cuatro seminarios talleres, cuyo objetivo fue capacitar a los

miembros de los comités de ética de 4 provincias, en una correcta evaluación ética de las denuncias, habiéndose solicitado a 76 médicos que respondan al Cuestionario y cuyas correlaciones ítem-test se presentan en la Tabla 3

TABLA 3
Índices de validez. Médicos de Ayacucho, Ica, Huaraz y Huánuco (n = 76)

ITEM	r Pearson
1	0.4071
2	0.5957
3	0.7162
4	0.1345
5	0.7195
6	0.8484
7	0.5902
8	0.7833
9	0.7693
10	0.7699
11	0.6762

ITEM	r Pearson
12	0.5924
13	0.7248
14	0.7431
15	0.8251
16	0.7169
17	0.7342
18	0.7917
19	0.8121
20	0.6605
21	0.6206
22	0.7579

Los índices de validez encontradas en este grupo de médicos, con excepción del ítem 4, son también mayores que 0.20, tal como sucede en los jueces, por lo que constituyen validación concurrente de la gran mayoría de los ítems del Cuestionario.

2.-Comparación con los porcentajes según tipos de denuncias en una muestra aleatoria de 148 expedientes (Muestreo al azar en listas), de demandas contra médicos por supuestas transgresiones **denunciadas** ante el Consejo Regional III Lima (1980-1999) del CMP (Ver Ref. 1, Tabla 2), agrupadas en 5 tipos, versus similar clasificación, según opinión de los jueces respecto a la frecuencia de transgresiones “**observadas**” por ellos en los médicos, cuando inicialmente calificaron el Cuestionario con la escala de

frecuencias (1, 2, 3, 4, 5). Se omite la opción 1 “nunca”, porque, como es lógico, no existe en la casuística del Regional III, resultando la Tabla 4.

TABLA 4

TRANSGRESIONES DENUNCIADAS VS. TRANSGRESIONES “OBSERVADAS” POR LOS JUECES
(n=162 transgresiones) (n=318 transgresiones)

TIPOS DE TRANSGRESIONES	DENUNCIADAS		OBSERVADAS	
	Cant.	%	Cant.	%
A.-Directas con pacientes (Negligencias, impericias, disturbo relación médico-paciente, intrusismo, aborto, etc.)	62	38	180	57
B.-Transgresiones a reglamentos y códigos de salud(Propaganda, historia clínica, etc.)	45	28	96	30
C.-Agresión verbal o física entre médicos	22	14	¿?	¿?
D.-En el ámbito económico (Cobrar excesivamente al paciente, etc.)	18	11	29	9
E.-En lo penal sin paciente. (Falsificación de certificados y otros)	14	9	13	4
	162	100	318	100

Más que la similitud en algunos de los porcentajes, lo más importante es que los ítems que conforman el Cuestionario, en base a las sugerencias de los médicos, ha ido configurando un orden de prelación porcentual de tipos de transgresiones, similar al encontrado en la muestra de denuncias del Regional III, y concordante con el número de ítems del Cuestionario, en el que para el grupo A (Supuesta transgresión directa con pacientes) cuenta con 13 ítems; para el grupo B (Supuesta transgresión a reglamentos y códigos de salud) con 6; interesantemente no contiene ningún ítem que se refiera a las agresiones entre médicos; para el grupo D con dos y para el E sólo con uno. En resumen, los jueces y médicos anteriores a ellos, han generado, en base al

número de ítems y frecuencias, el mismo orden de prelación encontrado en la muestra aleatoria de las denuncias realizadas a lo largo de veinte años (1980-1999).

Los jueces, “olvidaron” considerar algún ítem que se ocupe de tan importante problema como las trasgresiones que se suscitan entre médicos, lo que debe significar algo que desconocemos, en cambio es interesante, que nuestros colegas de las primeras cuatro provincias encuestadas (AIHH), hayan sugerido, respecto a este tema, dos nuevos ítems incorporados en la nueva versión del Cuestionario (Ver más adelante y Tabla 7).

F.- Confiabilidad

La correlación test-retest de los 17 jueces, utilizando la r de PEARSON, resultó con 0.77, estadísticamente muy significativo ($p < 0.001$). Asimismo el alfa de CROMBACH practicado en el retest de los jueces, resultó con 0.92 comprobando así su confiabilidad.

En la Tabla 5 se presenta los alfa tanto de Lima como de los grupos encuestados en 4 provincias (AIHH), ratificando la confiabilidad del Cuestionario.

Tabla 5
CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO EN LIMA Y 4 PROVINCIAS

Lugares	CROMBACH
Huánuco	0.95
Huaraz	0.94
Ica	0.93
Ayacucho	0.93
Lima (17 Jueces)	0.92

G.- Mejoramiento del Cuestionario y su nueva versión

Como es lógico, para mejorar el Cuestionario fue imprescindible tomar en cuenta las valiosas sugerencias de nuestros colegas, primero de aquellos que actuaron como jueces quienes en sus acertadas críticas al ítem 4: “Practican eutanasia” (Ver Tabla 1), sugirieron las transgresiones encarnizamiento terapéutico y suicidio asistido, que fueron incorporadas como ítems 5 y 6 del nuevo Cuestionario, cuyo nombre hemos cambiado a **“CUESTIONARIO DE TRANSGRESIONES”** (Anexo 3).

Además gracias a los jueces, se modificaron los ítems 13, 14, 15 y 21 que corresponden a los ítems 15, 16, 17 y 23 del nuevo Cuestionario.

Las sugerencias de los colegas de provincias, fueron no sólo abundantes sino muy importantes, sobre todo en el ámbito de las relaciones entre colegas: Huaraz con sólo 12 médicos al responder al Cuestionario, presentó 11 sugerencias sobre el tema, Ica con 24 sujetos en 7 oportunidades, Ayacucho con otros 24 sujetos en 5, y Huánuco con 11 médicos en una. Toda esta riqueza de datos concluyó en la incorporación de los nuevos ítems N° 27 y 28 en el nuevo Cuestionario

H.- Avances logrados con la nueva versión del Cuestionario

Entre el 24 de Octubre y el 13 de Diciembre del 2003, se realizaron tres seminarios-talleres en Cusco, Chimbote y Huancayo (CCHH), similares a los mencionados para AIHH, lográndose el llenado de 58

cuestionarios, cuyos primeros resultados presentamos, y que confirman la bondad del instrumento.

1- Comparación con los índices de validez en médicos de Cusco, Chimbote y Huancayo

TABLA 6
Médicos de Cusco, Chimbote y Huancayo (n=58)

ITEM	r Pearson	ITEM	r Pearson
1	0.5800	15	0.8230
2	0.5000	16	0.7940
3	0.6610	17	0.8693
4	0.5300	18	0.8632
5	0.3500	19	0.7089
6	0.2200	20	0.8089
7	0.7900	21	0.8580
8	0.9080	22	0.8760
9	0.6850	23	0.7170
10	0.7880	24	0.7320
11	0.8740	25	0.8227
12	0.9030	26	0.8260
13	0.6910	27	0.7992
14	0.5850	28	0.8229

Todos los ítems al superar el 0.20 son índices válidos, incluso los nuevos 5, 6, 25, 26, 27 y 28 (Anexo 3). Los ítems 5 (Distanasia) y 6 (Suicidio asistido), alcanzan los índices más bajos, sin dejar de ser válidos.

2.-Segunda comparación con los porcentajes según tipo de denuncias en una muestra aleatoria de 148 expedientes.-Recordemos que en la Tabla 4, el orden de prelación logrado por los jueces con sus respuestas respecto a los tipos de transgresiones, era igual al encontrado en una muestra representativa de las denuncias ante el Regional III, a lo largo de 20 años, con excepción de las **agresiones entre médicos**, no representada en ítem alguno

del Cuestionario, tema que en la nueva versión se incorpora en los ítems 27 y 28, ensayados en los 58 médicos de CCHH. El nuevo orden de prelación es como sigue:

TABLA 7

**TRANSGRESIONES DENUNCIADAS VS. TRANSGRESIONES “OBSERVADAS” POR MÉDICOS
CUSCO, CHIMBOTE Y HUANCAYO (n=58 sujetos)**
(n=162 transgresiones) (n=1131 transgresiones)

TIPOS DE TRANSGRESIONES	DENUNCIADAS		OBSERVADAS	
	Cant.	%	Cant.	%
A.-Directas con pacientes (Negligencias, impericias, disturbio relación médico-paciente, intrusismo, aborto, etc.)	62	38	564	50
B.-Transg. a reglamentos y códigos de salud (Propaganda, historia clínica, etc.)	46	28	374	33
C.-Agresión verbal o física entre médicos	22	14	83	7
D.-En el ámbito económico (Cobrar excesivamente al paciente, etc.)	18	11	71	6
E.-En lo penal sin paciente. (Falsificación de certificados y otros)	14	9	39	3
	162	100	1131	100

Vemos que incorporando las agresiones entre médicos, el orden de prelación es igual al presentado en la Tabla 4.

VII DISCUSIÓN

Como es fácil entender lo principal del presente trabajo no es sólo la validación y confiabilidad del Cuestionario, también es necesario acercarnos a la solución del complejo problema de la conducta transgresora del médico. Es nuestro ferviente deseo que el “Cuestionario de transgresiones” logre concitar el suficiente interés y así posibilite acciones científicamente orientadas.

En cuanto a la **validación de contenido**, se requería reconocer si los ítems del Cuestionario constituían una muestra representativa de los indicadores de transgresiones; ello se logró, en primera instancia, gracias a las sugerencias de los grupos encuestados al inicio, hasta la quinta versión, que fuera sometida a la opinión de los jueces, cuya calidad queda fuera de toda duda: ninguno de ellos tenía menos de 4 años de experiencia en evaluación de denuncias contra los médicos, representan a 9 especialidades, 3 de las cuales son de las más denunciadas (cirugía, anestesia, y cuidados intensivos), con amplia experiencia profesional no menor de 13 años y 11 de ellos docentes universitarios.

Es interesante constatar que **los ítems más criticados por ellos, fueron los que en nuestra cultura se mantienen aún parcialmente prohibidos (Tabú): el sexo y la muerte, el primero en mayor expansión de su permisividad que el segundo, y ambos presentes en el problema del aborto.** Esto explicaría porqué nuestros jueces mostraron su más frecuente preocupación con el ítem 4 (en seis oportunidades) sugiriendo dos nuevos

ítems uno sobre distanasia y otro sobre suicidio asistido, y con el ítem 5 (en tres oportunidades), con éste último no se dieron sugerencias sino que un juez pareció no entenderlo y preguntó “¿a qué se refieren?”.

La **validación del constructo teórico** nos remite a nuestro Código de Ética y Deontología, en donde figuran los deberes cuyas transgresiones pretende representar el Cuestionario. Cabe preguntarse: ¿Nuestro Código tiene un sólido fundamento teórico?, la respuesta requiere algún acercamiento histórico previo que trataré de realizar.

El primer Código, aprobado y puesto en vigencia el 12 de Marzo de 1970 (13), nos rigió hasta el año 2000. En los párrafos 4 y 5 de su Declaración de Principios, sus autores, los médicos Ovidio García Rosell, Carlos Bustamante Ruiz y Susi Roedenbeck Línemann, describirían, sin denominarlos como tales, los cuatro principios bioéticos, 9 años antes que fueran presentados por el famoso REPORTE BELMONT en “Principios éticos y norma para la protección de los seres humanos durante la investigación científica” (14), elaborado por la “Comisión nacional para la protección de los seres humanos en estudios biomédicos y del comportamiento”, de los Estados Unidos de Norteamérica (1979), y que junto con el libro de BEAUCHAMP Y CHILDRESS, “Principios de ética biomédica” (15), dieron origen a los famosos 4 principios de la moderna bioética.

Es pertinente transcribir los párrafos cuyo fraseo nos acerca a los cuatro principios bioéticos y ejemplifican claramente la base humanista de sus propuestas:

4º Párrafo de la Declaración de Principios.-*El respeto a la vida y la persona humana son la esencia espiritual de esos ideales y mantienen su legítima vigencia, en nuestro quehacer de cada día.....*”, lo que se complementa con el Art. 44 : *“El médico debe tratar al paciente con lealtad, decoro, sagacidad y cortesía, con profundo respeto a la dignidad humana.....”* **(Principio de respeto a las personas, ulteriormente de autonomía).**

Art. 42.- *“El objetivo fundamental de la Profesión Médica es el de asistir y defender al ser humano contra todas las causas que afecten o puedan afectar la salud y poner en peligro la vida”* (**Principio de beneficencia**)

5º párrafo de la Declaración de Principios: *“El médico como legítimo defensor del ser humano ante el dolor, el sufrimiento y la muerte, no establece diferencias entre los pacientes a los que atenderá siempre con respeto, amor y discreción y sin discriminación de ninguna clase”* (**Principio de justicia**)

Art. 47 :*“El médico debe rehusar la atención a la persona que solicita sus servicios para un acto que sea contrario a la moral, a la legislación vigente, que pueda afectar la integridad física o mental del paciente.”* (**Principio de no maleficencia**).

También se adelantaron a su época en otros aspectos. Veamos, sin mayores comentarios, otros artículos. En el 48, al indicar que *“El médico debe emplear todos los métodos y medicamentos de que pueda disponer mientras exista esperanza de aliviar, detener el progreso o curar la enfermedad. No es su obligación mantener la vida artificialmente cuando existe un pronóstico definitivo de muerte, pero si debe tratar de emplear toda la medicación*

sintomática que esté a su alcance para aliviar la condición del paciente”, trata en forma simple los criterios a seguir para determinar la **proporcionalidad de los tratamientos** y cuándo se debe recurrir a los **tratamientos paliativos**, presentados actualmente como la gran alternativa a las crecientes tendencias eutanásicas.

Es sorprendente constatar que en el Art. 49, plantean en esbozo, lo que sería ulteriormente el **consentimiento informado**: *“El médico no debe exponer a su paciente a riesgos injustificados y deberá pedir su consentimiento escrito para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectarle físicamente”*

El Art. 50 plantea el **consentimiento de pacientes incompetentes** y como deslindar las responsabilidades: *“Si el paciente no está capacitado para dar la autorización pertinente, se la debe solicitar a las personas que tienen la responsabilidad de él, y si el consentimiento fuera negado, el médico no está facultado para actuar. En todo caso dejará establecido por escrito, en presencia de dos testigos, la responsabilidad de quienes negaron la autorización, comunicando de inmediato el hecho a la autoridad competente”*.

Que estaban bien informados se prueba al haber incorporado, no sólo el Código Sanitario, ahora derogado, sino documentos internacionales como el Juramento de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

El actual Código igualmente denominado “de ética y deontología”, vigente desde Octubre del 2000 (16), toma como base fundamental el anterior pero es, sin duda, más enfático en su humanismo al afirmar, por ejemplo, en

el 2º párrafo de su “Declaración de los principios”: *“La medicina es ciencia y arte y, como tal, se orienta al logro de la más alta calidad de vida, se fundamenta en el respeto a las personas y la dignidad humana. La medicina es una profesión humanista (sic) que trata y respeta la individualidad e integridad moral, psíquica, física y social de las personas, como expresión de su derecho a la salud. Su misión es preservar la salud y, cuando ello no es posible, aliviar las dolencias y, en todos los casos, consolar a los pacientes y familiares. El respeto a los pacientes, su familia, los colegas y otros profesionales y técnicos de la salud hace de la medicina una disciplina paradigmática del desarrollo humano”* (Pág. 5).

En los párrafos 3º y 4º de la “Declaración..” define en forma resumida los mencionados 4 principios bioéticos y más adelante, en el 9º, incorpora los principios de equidad, solidaridad, universalidad e integridad que tienen que ver con la seguridad social.

Otros méritos del nuevo Código son: la más contundente indicación de que el médico debe denunciar ante el Colegio a la institución en que labora, si es que ésta no cumple con los principios *“inherentes a la medicina y su ejercicio”* (Art.21); la incorporación de los médicos legistas y auditores bajo el control ético del Colegio (Sección 3ª, Tít. VI); la toma de posición ante los actos contra la humanidad, como la tortura y el genocidio (Sección 3ª, Tit VII); y la incorporación de los derechos del paciente (Sección 4ª, Título I).

El Art. 68 del antiguo Código, hermosa muestra de solidaridad con el colega enfermo, al establecer como *“deber moral de los colegas, amigos y*

discípulos, reemplazarle en la atención a esos pacientes desinteresadamente, entregándole los honorarios percibidos”, no figura en el nuevo Código.

El Decreto Legislativo 691 (17), habría determinado que se abandone el control previo de la publicidad profesional (Art. 167 del Código antiguo, Sección Séptima del nuevo), en concordancia con lo dispuesto por Indecopi, pero, como veremos más adelante, con resultados no muy buenos.

Dentro de los documentos adjuntos como anexos al Código, figuran el “Juramento hipocrático (Pág. 19), que por los lugares y años señalados, se trataría del Juramento médico. También se adjunta las “Recomendaciones para guía de investigaciones en el hombre”, que parece corresponder a la última modificación de la Declaración de Helsinki realizada en la 41 Asamblea Médica Mundial en Hong Kong de Setiembre de 1989 (Pags. 20, 21 y 22)

Todo el resto del Código es de contenido netamente deontológico y a través de oraciones más o menos apodícticas, describe normas de comportamiento moral, y cuya transgresión comprobada acarrea sanciones. Sería interesante llegar a conocer si el Código influye de algún modo en la conducta de los médicos o si su obediencia bajo juramento, se cumple. Algunos datos indirectos obtenidos en los seminarios talleres que el Colegio realiza, permite suponer que muy pocos son los colegas que lo han leído.

Hasta aquí, hemos apreciado la base teórica de nuestro Código, el que dentro de un contexto humanístico, singulariza a la bioética y sus principios, como la aplicación pragmática más exitosa del encuentro entre la biomedicina

y la ética como parte de la filosofía, es decir una feliz confluencia de la especulación filosófica y de la ciencia médica.

Ahora nos interesa, para una mejor fundamentación teórica, adentrarnos en los aspectos lingüísticos cuya semiótica comprende la semántica (significado de las palabras), la pragmática (relaciones entre los signos y los hablantes) y la sintaxis (relaciones formales entre las palabras), por lo que es importante primero deslindar el aspecto semántico, si es que queremos lograr el aspecto pragmático es decir el entendimiento lingüístico entre los médicos, tan necesario para la conceptualización teórica.

En el Código vigente, el vocablo **ética**, dada su importancia, es frecuentemente repetido. Frases como: “hechos susceptibles de reproche ético”, “contrarios a la ética y decoro de la medicina”, “contrarios a la ética”, y “atenta contra la ética”, nos permite deducir que el término, es tomado en algunos casos, como algo abstracto y situado fuera del médico que es agredido por éste (Ej.: “falta contra la ética”), en otros la ética es considerada parte constitutiva de la conducta del médico (“Ética profesional”), ideal que de no seguirse, constituye una “falta ética”. Esta doble acepción del término obedece a que efectivamente existe la ética como un ente abstracto situado en el macrocosmo científico social, y una ética de ámbito grupal más restringido, como la llamada ética profesional, y más aún, se habla de una “ética personal” situada en el microcosmo individual. Sin embargo esto nos puede llevar a contradicciones cuando se trata de evaluar la conducta de un médico en particular: ¿podría hablarse, entonces, de una ética personal? o ¿sería mejor hablar de una moral personal?.

Al respecto, los autores se siguen esforzando por diferenciar moral de ética; por nuestra parte, estamos de acuerdo con SILVA SANTISTEBAN, cuando en el prólogo de un libro de REGAL (18), define la ética como “la ciencia de la moral, es decir, una forma racionalizada, experimental y demostrable del conocimiento sobre la conducta humana” y añade más adelante: “por ética entendemos el estudio, la observación, el análisis, la investigación científica, en suma, de la problemática moral”, definición con la que REGAL está de acuerdo (18, Pág. 8). En nuestro caso, al usar el término “ética” y no el de “moral”, queremos dejar en claro que los hallazgos que se deriven de eventuales investigaciones con el Cuestionario, aluden al carácter de investigación científica de grupos y no a diagnósticos personales que pretendan evaluar la “moral” de un sujeto dado.

Otros vocablos importantes para nuestro tema, son los que en el Código expresan el incumplimiento de los deberes como por ejemplo “**infracción**” y “**falta**”. En cuanto al primero, al inicio del Art. 4, se dice: “Las infracciones a las normas...”, término que sólo se repite otras dos veces, en el Art. 91 y 92, al plantear la clasificación de las mismas. Sin duda el vocablo más mencionado es el de falta: “falta a la ética”; “falta de ética”; “falta ética”; “falta contra la ética”; “falta contra le ética profesional”, etc.

En éste punto debo explicar por qué he preferido usar “transgresión” en lugar de “falta” o “infracción”. El vocablo “falta”, tiene, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (19), 14 significados, por lo que ocasiona o podría ocasionar confusión en algo tan delicado como la evaluación de conductas morales y posibilidad de sanción; veamos alguno de ellos: “Carencia o privación de algo”, “Defecto que posee alguien o que se le achaca”,

“Transgresión de las normas de un juego o deporte, sancionado por su reglamento”, siendo el relacionado con el derecho, el que más se acerca al significado que, suponemos, le asignan los autores del Código: “Infracción voluntaria o culposa de una norma, que puede ser castigada bien penal o administrativamente, bien por el empresario en las relaciones laborales”. Precisamente por las numerosas acepciones, el término no permite esclarecer con rotundidad, la existencia de inadecuación en el acto médico evaluado, y menos aún, determinar la gravedad del mismo, a pesar del valioso intento realizado por los autores en los mencionados artículos 91 y 92 y en donde se utiliza indistintamente infracción y falta. En la evaluación de las transgresiones, siempre se acaba por determinar la gravedad en función de las circunstancias propias de cada caso en particular y no de lo prescrito en dichos artículos.

El vocablo “infracción” (Del latín *in* de valor negativo o privativo, y *fractio*, fracción, cuyo significado pertinente ya no se usa y es el de “Quebrantamiento de una ley o de una norma”), es definido actualmente como “Transgresión, quebrantamiento de una ley, pacto o tratado, o de una norma moral, lógica o doctrinal”. Como vemos es prácticamente un sinónimo del de transgresión (definido en el siguiente párrafo), aunque con una cobertura más amplia al incluir pactos o tratados, y la utilización parcial de castellano antiguo.

Por su parte, el concepto de “transgresión”, (Del latín *trans*, “al otro lado” “a través de” y de *agressio*, “acto contrario al derecho de otra persona”), posee sólo una acepción más limitada, cual es la de “acción y efecto de transgredir” verbo éste último definido como: “Quebrantar, violar un precepto,

ley o estatuto” Así pues, transgresión enfatiza lo esencial, que es el quebrantamiento de las normas y su acción contraria al derecho de otra persona, en nuestro caso, del paciente .

Otra dificultad que es bueno ir presentando, aunque sólo esté relacionado tangencialmente con nuestro tema, es que al hablar de transgresión aludimos a la primera fase principialista o deontológica de la evaluación ética, pero para constituirse como adjetivo calificativo de un acto supuestamente transgresor y realizado por un médico, se requiere considerar las consecuencias de tal acto (fase consecuencialista de la evaluación ética), antes de concluir que la conducta cuestionada corresponde o no, a una transgresión verdadera. Además de tomar en cuenta las características de la situación, se debe considerar las del sujeto, es decir, retomando el tema que dejáramos pendiente, ¿se trata aquí de ética o de moral personal?, yo me inclinaría por lo segundo que como sabemos se basa en la llamada “conciencia moral”, que el médico pone en juego en las decisiones importantes en situaciones de incertidumbre; un buen ejemplo es el de un cirujano que durante el acto quirúrgico encuentra un tumor canceroso localizado y decide extirpar el órgano correspondiente. Este acto para los profanos puede ser catalogado como transgresión, si no se toma en cuenta las consecuencias de no extirpar el tumor, decisión benevolente que el cirujano toma, menos en función de la ética general, que de su moral particular, es decir de su conciencia moral, aún sabiendo las consecuencias que podría acarrearle.

Un aspecto singular a discutir es el bajo índice de validez ($r = 0.18$) que logran los jueces, con el ítem 3 del Cuestionario (“Usan inadecuadamente o abusan de la publicidad”). Aceptando que las opiniones siempre se dan en un

contexto cultural, es pertinente recordar que la situación económico-social enfatiza el consumo basado en una intensa propaganda. Por otro lado, el Instituto de Defensa del Consumidor y de la Propiedad Intelectual (INDECOP) detenta, desde 1991, la exclusividad de control de toda la publicidad, incluyendo la de cualquier tipo de servicios. Su base legal, el DL. 691 “Normas de la publicidad en defensa del consumidor”, en su Art. 21 asigna a las asociaciones de consumidores y otras instituciones privadas, como es el Colegio Médico, sólo el papel de colaboradores en las labores de control, y el Art. 22 **prohíbe** “el control previo de publicidad en cualquier área o sector de la actividad económica sin excepción”. Es probable que esto haya determinado que, en lo que refiere a la publicidad médica, el actual Código del Colegio tenga sólo 4 artículos mientras que el antiguo contaba con 11 y consideraba el control previo (Autorización). Puede ser que tal cambio signifique respeto a la autonomía y moralidad del médico, pero ¿tendría algo que ver con los excesos que vemos a diario en los medios masivos?, en donde a pesar del accionar del citado Instituto, se ofrece servicios de salud de dudosa calidad que es probable estén provocando daño. Queda pendiente una investigación que aclare el panorama, pero es lógico pensar que, en cuestiones de vida y salud, lo mejor es el control preventivo, actualmente prohibido.

Tales factores podrían explicar algo de las opiniones de los médicos de Lima pero ¿será lo mismo en provincias?. Al respecto es también necesario tener en cuenta que, según GARRET (12, Pag 403), lo que el índice de validez generado por la correlación ítem-test examina, es el poder discriminativo de cada ítem, en todo el espectro situado entre una conducta que “nunca” se presenta hasta otra que es “muy frecuente”.

Las conductas, respecto a cómo hacer propaganda en provincias, escapan al modelo ciudadano de los medios masivos de comunicación, determinando otros tipos de “propaganda médica” como la observada por PERALES et al, al constatar que por probable influjo de las distorsiones del mercado laboral, se incrementa el riesgo de “inconductas profesionales”, tal como enviar “llamadores” a los consultorios de otros colegas, para intentar que el paciente cambie su inicial elección de médico (20).

En resumen, en provincias le mayor variabilidad de las conductas está en relación directa, con un mayor poder discriminativo del ítem 3 mientras que en Lima, cuya conducta está más polarizada y concentrada en los medios masivos, tal poder decrece.

El mismo GARRET recomienda que **“La validación de un test acabado siempre debería calcularse recurriendo a una muestra *nueva*, (cursiva del autor) es decir, distinta de la usada para el análisis de ítems. Este procedimiento se llama “validación de control”** (Pág. 406), que en nuestro caso la hemos llevado a cabo con sendos grupos, el primero de 76 médicos de 4 provincias (AIHH) cuyo índice de validez del ítem 3 es 0.71 (Tabla 3), y el segundo de 58 colegas de otras 3 provincias (CCHH), con un índice de 0.66 (Tabla 6), por lo que sería prudente mantenerlo en el Cuestionario, pensando en la posibilidad de que las sucesivas aplicaciones le sigan siendo favorable y además, teniendo en cuenta que el instrumento pretende ser de aplicación nacional.

En esta misma línea de pensamiento, veamos el problema del ítem 4 (“Practican eutanasia”) con el que se da la situación opuesta ya que en Lima

el índice es de 0.67 (Tabla 2) versus el del grupo provinciano AIHH que sólo alcanza 0.13 (Tabla 3). Veamos nuevamente que hay del influjo diferenciador del contexto cultural y de las opiniones que al respecto han emitido algunos investigadores.

Las diferencias en los indicadores de salud oficiales son relevantes: en la capital la desnutrición de menores de 5 años es de 8%, en Ica de 12, en Ayacucho de 34, en Ancash de 35 y en Huánuco de 43 %. La mortalidad en Lima es de 34 por 10 000 nacidos vivos, en Ica de 51, en Ancash de 135, en Huánuco de 208 y en Ayacucho de 211. En Lima atienden 19 médicos por cada 10 000 habitantes, 12 en Ica, 6 en Ancash, y 4 en Ayacucho y Huánuco (21).

En lo antropológico cultural D. FRISANCHO P. en su libro “Medicina Indígena y Popular” (22), comenta, basándose en sus experiencias y en amplia bibliografía, sobre el estoicismo de nuestros indígenas (Pág. 16) y el infanticidio “muy frecuente en el área rural del altiplano, tal como lo fue en Grecia y Roma” (Pág.42).

Al respecto D. GRACIA, identifica tres etapas históricas de la eutanasia, en la primera de la “eutanasia ritualizada”, (correspondería a lo observado por FRISANCHO), en la que la identificación de signos premonitorios de muerte de los seres queridos, como la suspensión de la respiración que, evitando llegar al triste espectáculo de esperar el único cierto e incontrovertible signo de muerte, que es la putrefacción, permite crear “ritos de paso” tal por ejemplo el “ayudar a morir” o lograr una “buena muerte”, que no es otra cosa que eutanasia. Existe una gran variedad de ritos eutanásicos propios de cada cultura desde el uso de drogas pasando por el abandono de los moribundos

hasta el franco homicidio como sucede con el “despenar” que, según el autor, se da en varios países de Sudamérica, incluso en el nuestro. Consiste en que el “despenador”, ante un enfermo terminal que sufre intensamente, procede a colocar al paciente en decúbito prono, una rodilla en la espalda y cogiendo el mentón con una mano y los pies con la otra, realiza una flexión forzada, rompiendo las vértebras cervicales y ocasionando la muerte inmediata (23).

El mismo autor identifica una segunda etapa: la “eutanasia medicalizada”, afirmando que “la medicina occidental ha sido desde sus orígenes una ciencia eutanásica”, mencionando en apoyo de su tesis, a muchos autores desde PLATÓN, AVERROES e HIPÓCRATES, pasando por BACON y MORO hasta el filósofo Karl BINDING y el médico psiquiatra Alfred HOCHÉ estos dos últimos alemanes y cuyas ideas sustentaron la política eutanásica del gobierno nazi. Una tercera etapa que él llama “autonomizada” se basa en que la muerte es una cuestión personal por antonomasia, “siempre se muere solo”, y por lo tanto, lo que preocupa no es si el Estado tiene o no la potestad de eliminar a los enfermos incurables y minusválidos, “sino si hay posibilidad ética de dar una respuesta positiva a quien desea morir y pide ayuda a tal efecto”, más aún sabiendo que la vida actualmente no es sólo cuestión de cantidad sino, fundamentalmente, de calidad.

P. WAGNER ha tratado el tema de la eutanasia en un excelente resumen publicado en dos partes (24) (25), y en un tercer reporte comenta que ayudar a morir “significa, ante todo y sobre todo, no profundos conocimientos técnicos o psicológicos, sino, esencialmente, la capacidad de estar cerca, de superar la propia angustia ante la muerte del otro, que nos recuerda nuestra propia agonía y muerte” (26). Por su parte M. FALLA (27), tratando el aspecto

dilemático del **consentimiento presunto en donantes cadavéricos para trasplante de órganos**, advierte que a pesar de que el Estado, el concepto de muerte cerebral y la religión católica, están a favor de él, debe considerarse el fenómeno de la pendiente resbaladiza “telón de fondo en casi todos los dilemas morales”, antes de establecerlo en “una legislación positiva; es decir, hasta que punto pone o no pone en peligro la confianza pública y el orden jurídico”. Si lo relacionamos con el tema que nos ocupa, no es difícil que imaginemos la siguiente pendiente: Legalización \simeq elusión de la culpa en la eutanasia \simeq incremento de la eutanasia pasiva \simeq incremento de la eutanasia activa voluntaria \simeq incremento de la eutanasia activa involuntaria \simeq incremento de ésta última por intereses crematísticos \simeq tráfico de órganos \simeq secuestro o asesinato de personas para extracción involuntaria de órganos. Al final de su artículo, la autora se pregunta: “hasta que punto pone en peligro la confianza pública y el orden jurídico la interpretación del silencio como un acto de solidaridad a modo de contribución al servicio de todos”.

Avanzando algo más en la especulación, es necesario aclarar el concepto de **solidaridad** que en la cultura occidental está centrada por el individualismo, es decir se es solidario fundamentalmente con alguien, mientras que en la cultura andina tal solidaridad es entendida en función del grupo, del ayllu, y más aún en función de la naturaleza, y en última instancia está de acuerdo con los principios bioéticos de justicia y no maleficencia, al considerar que el bien común prevalece sobre el individual.

El asunto también ha sido científico-cuantitativamente investigado, así MONTORI V. en una encuesta que indaga sobre eutanasia y suicidio asistido, practicada en 320 médicos, encuentra que 78% no justifica ninguno de los

dos, 45% cree que ambos deben legalizarse, 21% practicaría cualquiera de ellos, 11% justifica sólo el suicidio asistido y el 10% justifica ambos eventos (28). Con igual método MARQUINA A. P., encontró, en médicos que tratan pacientes terminales, similares hallazgos (29).

A mi entender estos porcentajes progresivamente decrecientes, constituyen el esbozo de otra pendiente resbaladiza que ya existiría en la mente de nuestros médicos y que, de acuerdo con la anteriormente planteada, sería la siguiente: No justificación de la eutanasia ni del suicidio asistido \neq proponer y gestionar la legalización de los mismos \neq incremento de la justificación de ambos \neq incremento de la práctica de ambos. Lo significativo es que el autor encuentra un mayor porcentaje de médicos que practicarían ambos actos, mientras que sólo el 10 a 11% los justifican. Podría entonces suponerse que por estar en una relativa mayoría, ese 21% propicie y gestione la legalización de la eutanasia y suicidio asistido con mayor facilidad, para luego poder practicarla. ¿Será éste el futuro del accionar médico?

Además, el Perú es un país pluricultural, pluriétnico, de grandes contrastes geográficos y climáticos y de una exuberante biodiversidad, todo lo cual se ve ahora complicado por los grandes contrastes epidemiológicos, económicos y políticos; ¿cómo favorecer el consumo propio del liberalismo en un mercado pequeño y empobrecido?, ¿cómo conciliar la extrema pobreza con la deslumbrante tecnología de punta?, ¿no será este contraste económico el que podría favorecer actitudes eutanásicas?, ¿cómo atender bien a un paciente sin paralelamente desatender a otros?, y en fin, ¿con quien debemos ser primariamente solidarios? ¿con el individuo o con la sociedad? El médico, escasamente remunerado, que tiene que trabajar en establecimientos muy

pobres durante la mañana y en lujosas clínicas en la tarde, recurre a toda su capacidad de adaptación moral para hacerlo bien, tomando en cuenta a su paciente y también su capacidad de agente de justicia distributiva. Como la multiplicidad de factores intervinientes incrementa la incertidumbre, es casi ineludible que el agotamiento físico, al lado del psicológico, origine conflictos que constituyen una tragedia, ya que se establece una lucha entre la necesidad de actuar libremente y la necesidad económica. Puede además experimentarse como un dilema ético ya que si, tratándose de un paciente terminal hace todo lo posible por mantener la vida siguiendo el principio de beneficencia, transgrede involuntariamente el de justicia y viceversa, pudiendo llegarse al desenlace funesto del error y mala práctica.

Así pues, podría ser que las diferencias culturales, tal como se ha postulado en el caso del ítem 3, también influyan en la determinación de los índices de validez del 4, el que sería más eficiente en Lima (0.67 en Tabla 2) que en las provincias AIHH (0.13 en Tabla 3) por lo que considerando que debemos tomar en cuenta más el nivel nacional que el limeño, debiera eliminarse, sin embargo, una segunda validación de control, con el mismo fraseo (Comparar anexos 1 y 3), pero dentro del nuevo Cuestionario, en 58 médicos de otras 3 provincias (CCHH), alcanzó un índice de validez de 0.53 .

Tratando de eliminar el efecto del tamaño de las muestras (17 vs. 76), hemos elaborado la Tabla N° 8 que compara los órdenes de prelación determinados por las correlaciones ítem-test de los ítems 3 y 4 tanto en Lima (n = 17 jueces), como en las 4 provincias AIHH mencionadas (n = 76), por separado

TABLA 8
CORRELACIONES (ÍNDICES DE VALIDEZ) DE LOS ITEMS 3 y 4
LIMA VERSUS CUATRO PROVINCIAS (AIHH)

Item 3 (Publicidad)		Item 4 (Eutanasia)	
Prov. y N° Méd.	Corr. Ítem-Test.	Prov.	Corr. Ítem-Test.
Huaraz (n=18)	0.7992	Lima	0.6720
Ica (n= 24)	0.7569	Ayacucho	0.5948
Huanuco (n=11)	0.7210	Ica	0.3359
Ayacucho (n=24)	0.6604	Huaraz	-0.0833
Lima (n= 17)	0.1803	Huánuco	-0.4207

Respecto al ítem 3, las frecuencias alcanzadas, según la escala propuesta desde “nunca” presente como transgresión hasta “muy frecuente”, es en Huaraz: 3-2-4-8-1, corroborando que a mayor variabilidad de los puntajes, mayor es el índice de validez, mientras que en Lima con 0-5-6-3-3, los jueces no consideran la opción “nunca presente” (0), reduciendo la variabilidad y consiguientemente el índice de validez. ¿Este aspecto estadístico permitiría corroborar lo antes afirmado respecto al influjo cultural de un medio en el que se favorece el consumismo facilitado por una intensa propaganda sobre todo utilizando los medios masivos de comunicación?.

Podría pensarse que el influjo cultural es más evidente en el tema del ítem 4 (eutanasia), ya que las diferencias entre las correlaciones obtenidas son más extremas. Veamos las frecuencias encontradas en las ciudades que están

en los extremos, Lima (8-8-1-0-0), Huaraz (9-4-1-0-0) y Huánuco (9-1-0-0-0), que sorprendentemente tienen alguna similitud ya que “frecuente” y “muy frecuente” no se dan, lo que quiere decir que tanto en Lima como en las provincias investigadas, los encuestados opinan que los médicos en su gran mayoría “nunca” o “rara vez” practican la eutanasia, lo que está en contra de una supuesta mayor tendencia a la eutanasia en provincias.

Es aceptado por los científicos sociales que toda opinión, responde a lo solicitado (En nuestro Cuestionario: “la frecuencia según sus observaciones”), bajo el influjo de otros factores como la moral personal, la formación profesional, la ética profesional, el deseo más o menos conciente de presentar una imagen socialmente aceptable y el mecanismo psicológico de proyección, entendido como ver en los demás lo que para él es aceptable o no. Dos de estos factores, el de la **ética profesional** y el de la **formación profesional**, más o menos uniforme, tanto en jueces como en los otros médicos, podría explicar las similitudes en las frecuencias, determinando que opinen de la eutanasia como algo indeseable, sin eliminar totalmente el influjo cultural, que seguiría actuando, por ejemplo, cuando en Lima, sea por la existencia de tecnología de punta o por algunos afanes crematísticos, siempre se puede hacer algo por un paciente terminal, dependiendo de la capacidad económica de los familiares, mientras que en provincias la situación suele ser diametralmente opuesta y posiblemente menos variada. Estas pequeñas diferencias culturales podrían explicar las diferencias en los índices de validez, hasta invertir la correlación entre la variabilidad de todos los ítems y la capacidad discriminativa del ítem 4.

La nueva versión del Cuestionario, tomando en cuenta la opinión de los jueces y de los médicos de las 4 provincias mencionadas, no debiera contener los ítems 3 y 4, sin embargo es bueno tener en cuenta que el 3 está logrando buenos índices en la “validación de control” propuesta por GARRET mientras que, en la nueva versión del Cuestionario (Tabla 6), los índices más bajos corresponden al 6 (Suicidio asistido, 0.22), 5 (Distanasia, 0.35) y 4 (Eutanasia, 0.53).

Por otro lado si quisiéramos seguir pensando tanto en el influjo del contexto cultural, como de la ética y formación profesional, sobre las opiniones que se vierten respecto a las transgresiones, es bueno considerar que los ítems 3 y 4 tratan de asuntos tan importantes como la propaganda para los aspectos económicos, así como de la muerte para los aspectos humanísticos, y también nos acerca al importante asunto de cuáles son los principales valores que debiéramos seguir: ¿solamente los de la cultura occidental?, o una combinación con los mejores aspectos de otras culturas nacionales aún subsistentes. Como quiera que las validaciones de control proseguirán, tenemos la esperanza de aclarar los problemas y quizá iniciar nuevas investigaciones, mientras tanto, las cifras u opiniones relacionadas con futuras e inmediatas evaluaciones de los mencionados ítems, serán consideradas aparte.

Con todo lo anterior, creemos haber contribuido a elaborar un constructo teórico que sustente el concepto de transgresión, en su aplicación dentro del gremio médico y en función del Código que guía nuestra conducta moral. Las investigaciones que se logren en el futuro, posibilitarán un incremento de las bases teóricas de nuestro Código y podrían sugerir acciones

formativas, de educación médica continua, o informativas. Tenemos la esperanza de que nuestro Cuestionario colabore en algo para lograr estos fines.

No queda mucho por decir respecto a la **validez concurrente**. Ya hemos visto que las correlaciones item-test (índices de validez), de la gran mayoría de los ítems de los dos grupos de 77 y 58 médicos de provincias (Tabla 3 y 6 respectivamente), son comparables a las obtenidas por los jueces, y por lo tanto constituyen comprobación de este tipo de validez del Cuestionario, lo que se ve reforzado por las coincidencias en la priorización de los porcentajes según tipos de transgresiones, al comparar el orden de prioridad encontrado en una muestra aleatoria de 148 expedientes de denuncias contra médicos del Regional III. con la realizada por los jueces (Tabla 4) y, mejor aún, con el grupo de 58 médicos de Cusco, Chimbote y Huancayo (Tabla 7). Como quiera que, dentro de las actividades de la Red de Vigilancia Ética, en formación, seguiremos aplicando el Cuestionario, tenemos la esperanza de que la validez concurrente siga corroborándose.

VIII CONCLUSIONES

1.-La opinión de los jueces (validez de contenido), los índices de validez (validez de constructo teórico) y las comparaciones con otros grupos (Validez concurrente), así como la validación de control, comprueban que el Cuestionario explora las transgresiones ético-médicas y, por lo tanto, es válido en 20 de sus 22 ítems.

2.-La buena correlación test-retest (0.77, $p < 0.001$) y el alfa de CROMBACH, permite concluir que el Cuestionario es confiable.

3.- La sexta versión del instrumento denominado “**Cuestionario de transgresiones**”, incorpora 6 nuevos ítems, totalizando 28 (Dos, el 3 y 4, sólo en validación de control, hasta ulterior definición)

IX.- RECOMENDACIONES

1.-Validar la nueva versión del Cuestionario

2.- Por medio de la naciente Red o Sistema de Comités de Ética del Colegio Médico, aplicar el Cuestionario a muestras de médicos de cada región, a fin de lograr diagnósticos regionales utilizables en las diversos planes del Colegio Médico del Perú.

X.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-VÉLIZ MÁRQUEZ J., Características de 148 denuncias presentadas al Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Regional III de 1980 a 1999. *Acta Médica Peruana*, 2003, V XX (1): 40-47
- 2.-BOSNJAK D, MARUSIC A. 2000. Croatia legal regulation of doctors. *Lancet* 2000 Oct 14, 356 (9238) : 1349-50
- 3.-ROTKER J, et al , 2001. Medical liability disputes involving thoracic and cardiovascular surgeons. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001, Feb, 49(1): 60-3
- 4.-NAKAJIMA K et al, 2001. Medical malpractice and legal resolution systems in Japan. *JAMA* 285: 1632-40
- 5.-NISSELLE P. 1999. Angered patients and the medical profesion . Changing from “doctor’s orders” to “patient’s choice”. *MJA* ,170:576-577
- 6.-PENG PW, SMEDSTAD KG, 2000. Litigation in Canada against anesthesiologists practicing regional anesthesia. A review of closed claims. *Can J Anaesth*, 2000 Feb,47(2) : 105-12.
- 7.-UGALDE JG, 1994. Denuncias por responsabilidad profesional: el caso de la medicina costarricense. *Med. Leg. Costa Rica*; 10/11 (2/1): 34-7, Dic.1993-Mayo 1994.
- 8.-MENDOZA W et al, 1994. Análisis de las consultas al sistema de ayuda profesional del IX Distrito del Colegio de Médicos y de las denuncias penales y demandas civiles en el periodo comprendido entre el 01-06-90 y el 31-05-94. *CM Publ. Med.* 7(3): 132-6, Dic. 6.
- 9.-GARRIDO C et al ,2000. Responsabilidad médico legal: Análisis de querellas 1991-1998. *Rev Chil. Obst. Ginecol* 65 (1): 38-45
- 10.-LEAPE, LL., BRENNAN, TA., LAIRD, NM.,HEBERT, L., LOCALIO, AR., LAWTHERS, AG., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: result of the Harvard medical practice study II *N Engl Med* 1991, 324: 377-384.
- 11.- TOVAR P. H., Comunicación personal
- 12.- GARRET H. E., Estadística en Psicología y Educación Ediciones PAIDOS IBERICA, S.A., Barcelona. 1983
- 13.-COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. Código de Ética y Deontología. Resolución Nº 8 CM-CN, 12 de Marzo de 1970. Imprenta Diseño Gráfico Integral. Lima Perú.
- 14.-COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS OBJETO DE LA EXPERIMENTACIÓN BIOMÉDICA Y DE LA CONDUCTA. El Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las

personas objeto de experimentación. *Washington US Oficina de impresos gubernamentales 1978.*

15.-BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of Biomedical Ethics. Nueva York 1979 (Hay traducción al español Barcelona Masson 1999)

16.-COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. CONSEJO NACIONAL. Código de Ética y Deontología 05 de Octubre del 2000. Lima Perú.

17.-INDECOPI, Decreto Legislativo 691. Normas de la Publicidad en Defensa del Consumidor. D. L. 05 Nov 1991

18.-REGAL A. E. Fundamentos de ética profesional. Publicaciones de la Universidad de Lima. Primera Ed. 1988 Lima-Perú.

19.-REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Mateu Cromo. Artes Gráficas, S.A.,2001 España.

20.-PERALES C. A., MENDOZA A. Y ORTIZ P., El Mercado Profesional como Determinante de Inconducta Médica. *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*, 2000, V 61 (3): 207-218.

21.-MINISTERIO DE SALUD, Situación de salud en el Perú. Indicadores básicos 2001. Oficina General de Epidemiología MINSA y OPS.

22.-FRISANCHO P. D., Medicina Indígena y Popular. Edit. Los Andes 1988. Lima Perú. Tercera edición.

23.-GRACIA G. D., Ética de los confines de la vida. Cap. 15: Historia de la eutanasia. Edit. El Buho Ltda. 1998, Santa Fe de Bogotá, Colombia

24.-WAGNER G. P., La Eutanasia. (Primera Parte) *MAD, Myo-Jun 1993, V2(3):43-44*

25.-WAGNER G. P., La Eutanasia. (Segunda Parte). *MAD, Ag. 1993, V2(4): 21-22*

26.-WAGNER G. P., La ayuda a morir. 2001. *Acta Médica Peruana XVIII: 136-139.*

27.-FALLA M. Hacia una ética de la transplantología. Conferencia dictada en el Municipio de Miraflores, Agosto 1999.

28.-MONTORI T. V. Actitudes de Médicos Peruanos Frente a la Eutanasia y Suicidio Asistido. 1995. *Tesis de bachiller en medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú.*

29.- MARQUINA G. P. Actitud de los médicos peruanos frente a la eutanasia y suicidio asistido. Encuesta a médicos especialistas que tratan pacientes terminales. 1999. *Tesis de bachiller en medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú.*

XI.-ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO ANÓNIMO

No escriba apellidos o nombres. Deseamos su colaboración para conocer la frecuencia que, según sus observaciones, tienen las trasgresiones ético-médicas * que mencionamos. Los datos servirán al Colegio Médico para elegir los contenidos de futuros cursos de ética, mejorar otras actividades o emprender nuevas. Muy agradecidos.

Fecha.....Profesión:.....Especialidad:
¿Tiene título de especialista otorgado por universidad? SI NO
Años de experiencia profesional..... SEXO: Masc. Fem.
EDAD.....
¿Trabaja con pacientes? NO SI ¿Dónde?.....
¿Trabaja como docente NO SI ¿Dónde?.....

Señale la frecuencia de los trasgresiones listadas , escribiendo en los cuadraditos de la derecha, el número respectivo, según la siguiente escala:
1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces, promedio 4. Frecuente 5. Muy frecuente

A. ALGUNOS MÉDICOS.....

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Están desactualizados en sus conocimientos médicos..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Están desactualizados en sus conocimientos en ética médica..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Usan inadecuadamente o abusan de la publicidad..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Practican eutanasia..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Practican el aborto sin que esté indicado..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. Explotan económicamente a sus pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Acosan o mantienen relaciones sexuales con sus pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. Violan el secreto profesional..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tratan de modo descortés a sus pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tratan de modo discriminatorio a sus pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 11. Influyen políticamente en sus pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 12. Influyen en aspectos religiosos en sus pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. Aplican tratamientos ineficaces*..... | <input type="checkbox"/> |
| 14. Aplican tratamientos de modo imprudente * o audaz..... | <input type="checkbox"/> |
| 15. Prescriben tratamientos innecesarios (Ej.: cesárea)..... | <input type="checkbox"/> |
| 16. Olvidan u omiten indicaciones perjudicando al paciente..... | <input type="checkbox"/> |
| 17. Tratan pacientes que no son de su especialidad..... | <input type="checkbox"/> |
| 18. Realizan la historia clínica de modo incompleto..... | <input type="checkbox"/> |
| 19. Registran mal los datos en la historia clínica (Ej.: ilegible)..... | <input type="checkbox"/> |
| 20. Informan insuficientemente al paciente..... | <input type="checkbox"/> |
| 21. Venden muestras médicas a los pacientes..... | <input type="checkbox"/> |
| 22. Expiden certificados o informes falsos..... | <input type="checkbox"/> |
| Otras (¿cuáles?): | <input type="checkbox"/> |
| 23..... | <input type="checkbox"/> |
| 24..... | <input type="checkbox"/> |
| 25..... | <input type="checkbox"/> |

*Glosario-Trasgresión ético-médica: No seguir normas éticas o morales perjudicando directa o indirectamente al paciente.
-Tratamiento ineficaz: No surte el efecto deseado. (Difiere del efecto placebo, que es a sabiendas).
-Tratamiento imprudente: Utilizado a pesar del alto riesgo para el paciente.

¿Qué opina sobre la Encuesta?

¿Qué sugerencias nos da?

Anexo 2

CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Si UD. no está de acuerdo con que alguna de las oraciones se considere como transgresión o puede frasearse mejor, escriba su propuesta en la línea de puntos que está debajo de cada una de ellas.

A. ALGUNOS MÉDICOS.....

1. Están desactualizados en sus conocimientos médicos
.....
2. Están desactualizados en sus conocimientos en ética médica
.....
3. Usan inadecuadamente o abusan de la publicidad
.....
4. Practican eutanasia
.....
5. Practican aborto sin que esté indicado
.....
6. Explotan económicamente a sus pacientes
.....
7. Acosan o mantienen relaciones sexuales con sus pacientes
.....
8. Violan el secreto profesional
.....
9. Tratan de modo descortés a sus pacientes
.....
10. Tratan de modo discriminatorio a sus pacientes
.....
11. Influyen políticamente en sus pacientes
.....
12. Influyen en aspectos religiosos en sus pacientes
.....
13. Aplican tratamientos ineficaces
.....
14. Aplican tratamientos de modo imprudente o audaz
.....
15. Prescriben tratamientos innecesarios (Ejemplo: cesárea)
.....

16. Olvidan u omiten indicaciones perjudicando al paciente

.....

17. Tratan pacientes que no son de su especialidad

.....

18. Realizan la historia clínica de modo incompleto

.....

19. Registran mal los datos en la historia clínica (Ej: ilegible)

.....

20. Informan insuficientemente al paciente

.....

21. Venden muestras médicas a los pacientes

.....

22. Expiden certificados o informes falsos

.....

Anexo 3
CUESTIONARIO DE TRANSGRESIONES

No escriba apellidos o nombres. Deseamos su colaboración para conocer la frecuencia que, según sus observaciones, tienen las transgresiones ético-médicas* que mencionamos. Los datos servirán al Colegio Médico para elegir los contenidos de futuros cursos de ética, mejorar otras actividades o emprender nuevas. Muy agradecidos.

Fecha.....Profesión:.....Especialidad:
 ¿Tiene título de especialista otorgado por universidad? SI NO
 Años de experiencia profesional.....SEXO:Masc. Fem. EDAD.....
 ¿Trabaja con pacientes? NO SI...¿Dónde?...
 ¿Trabaja como docente NO SI... ¿Dónde?

Señale la frecuencia de los transgresiones listadas, escribiendo en los cuadraditos de la derecha, el número respectivo, según la siguiente escala:

1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces, promedio 4. Frecuente 5. Muy frecuente

A. ALGUNOS MÉDICOS.....

1. Están desactualizados en sus conocimientos médicos	
2. Están desactualizados en sus conocimientos en ética médica	
3. Usan inadecuadamente o abusan de la publicidad	
4. Practican eutanasia	
5. Usan medidas extraordinarias en pacientes terminales (Distanasia)*	
6. Ayudan al paciente a ejecutar el acto suicida (Suicidio asistido)	
7. Practican el aborto sin que esté indicado	
8. Explotan económicamente a sus pacientes*	
9. Acosan sexualmente o mantienen relaciones sexuales con sus pacientes	
10. Violan el secreto profesional	
11. Tratan de modo descortés a sus pacientes	
12. Tratan de modo discriminatorio a sus pacientes.	
13. Influyen políticamente en sus pacientes.	
14. Influyen en aspectos religiosos en sus pacientes.	
15. Prescriben o realizan tratamientos ineficaces.	
16. Prescriben o realizan tratamientos de modo imprudente * o audaz.	
17. Prescriben o realizan tratamientos innecesarios (Ej.: cesárea).	
18. Olvidan u omiten indicaciones perjudicando al paciente.	
19. Tratan pacientes que no son de su especialidad.	
20. Realizan la historia clínica de modo incompleto.	
21. Registran mal los datos en la historia clínica (Ej.: ilegible).	
22. Informan insuficientemente al paciente.	
23. Venden muestras médicas o material médico a los pacientes.	
24. Expiden certificados o informes falsos.	
25. Emplean escaso tiempo para evaluar al paciente.	
26. Exhiben comportamiento público antiético o inmoral.	
27. Denigran, difaman o hablan mal de otros colegas.	
28. Maltratan, abusan o explotan a colegas o personal de salud.	
¿Otras transgresiones?, Señale cuáles y califíquelas	

*** Glosario**

-Trasgresión ético-médica: Conducta antiética que perjudica directa o indirectamente al paciente

-Distanasia o encarnizamiento terapéutico

-Ítem 8: incluye inducir a consulta particular, cobro indebido o excesivo, etc.

-Tratamiento ineficaz: No surte el efecto deseado. Difiere del efecto placebo, que es a sabiendas.

-Tratamiento imprudente: Utilizado a pesar del alto riesgo para el paciente.

-Uso inadecuado de medicamentos: Proporcionarlos a un familiar, venderlos, etc.

¿Qué opina sobre la Encuesta?

¿Qué sugerencias nos da?