

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

**“FORMACIÓN ÉTICA DE LOS INTERNOS DE
MEDICINA”**

**(2003) Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Estudio Cualitativo**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Bioética

AUTOR

Salomón Wilfredo Zavala Sarrio

ASESOR

Alfonso Mendoza Fernández

LIMA – PERÚ

2006

A Gloria, compañía e inspiración

A la Dra. Cecilia Sogi, por su invaluable apoyo

RESUMEN

El objetivo fue evaluar, mediante cifrado cualitativo, el aprendizaje de la ética médica en internos de medicina.

Material y métodos. Se utilizó una fuente de información secundaria consistente en resultados del examen de aptitud profesional de internos de medicina 2003, EAP de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se analizaron las respuestas respecto a manejo de la información al paciente y familia; y aspectos éticos a considerar. Se elaboraron criterios para clasificar las respuestas y cada criterio fue cuantificado en una escala de 0 = no menciona hasta 3 = mucho. Dos investigadores participaron en el proceso de clasificación una vez superadas las discrepancias.

Resultados. En el total de 159 internos la relación hombre mujer fue 2/1. La edad media del grupo fue de 27,2 años (DE 3,37); la edad mínima 23 y la máxima 43. El porcentaje mayoritario se ubicó en el grupo de 25-29 años de edad. La mayoría de las respuestas no hicieron mención explícita a veracidad en la información al paciente y a la familia (97%); consentimiento informado (96%); relación médico paciente (92%); y otras relaciones (95%). En el cifrado cualitativo salieron a luz temas tales como limitación del esfuerzo terapéutico y ética del examen de partes íntimas.

Conclusiones. Se identificaron necesidades de formación en tres tópicos: veracidad en la información, consentimiento informado, relación médico paciente y otras relaciones.

Palabras clave: Ética médica – Evaluación del aprendizaje – Internos de medicina – Estudio cualitativo

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate medical ethics learning in medical interns.

Material and methods. Secondary information related to the results of professional skills examination taken to medical interns graduated in 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos was used. Responses to the question regarding to information to the patients and their family; and ethical issues of the clinical case were analyzed. Classification criteria was elaborated and each one of them was quantified from 0 = no mention to 3 = much mention. Two researchers participated in the classification process.

Results. The proportion male/female was 2/1 in the whole population. The mean age was 27,2 (SD 3,37); the youngest age was 23 and the oldest age 43. the greatest percentage of interns was between 25-29 years old. Most answers do not mention explicitly veracity in information to the patients and their family (97%); Informed Consent (96%); and patient physician relationship (92%); other relationships (95%). Qualitative analysis showed themes like therapeutic effort limitation and ethics of intimate physical examination.

Conclusions. Veracity in information to the patients and their family, Informed Consent, patient-physician relationship and other relationships were themes that require special training.

Key words: Medical ethics – Learning assessment – Medical interns – Qualitative analysis

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
La enseñanza de la ética	1
¿Desde cuándo se enseña ética en las escuelas de medicina?	2
¿Qué ha cambiado?	2
La revolución médico sanitaria	3
Evaluación de la enseñanza universitaria	3
La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos	5
Titulación en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos	8
Objetivos	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
Material	9
Métodos	10
Procedimientos	11
Análisis estadístico	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	22
Veracidad	24
Estudios empíricos	25
Justificación ética	26
Información y error médico	27
Justificación moral	27
¿Qué debemos hacer en la práctica ante el error médico	28
Consentimiento informado	29
Relación médico paciente	32
Modelos de relación médico paciente	33
Estudios empíricos	33
Otras relaciones	34
Limitación del esfuerzo terapéutico	34
Ética del examen de partes íntimas	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

La profesión médica ha estado, desde sus inicios, vinculada a la ética. La sociedad espera del médico cierto tipo de conducta porque “ha hecho el Juramento Hipocrático”. Esto no sólo es una afirmación sino también una exigencia, en virtud de la cual el paciente espera del médico un comportamiento ético.

La formación del médico es, desde hace muchos años, una carrera universitaria, la de más larga duración. Durante ese periodo se supone que los estudiantes de medicina recibirán la educación moral requerida; sin embargo, la dimensión ética del ejercicio profesional no es fácil de enseñar.

La enseñanza de la ética. Marañón (citado por Gracia), médico español de gran influencia en la primera mitad del siglo XX, afirmaba:

“La ética profesional brota, como una flor espontánea, de la vocación. Cuando el maestro descubre en el alumno la vocación verdadera y la conforta, y cuando en el terreno de la vocación demostrada siembra los conocimientos, está haciendo no sólo un buen médico, sino un médico bueno, de profunda moral profesional. De aquí mi convicción, un tanto revolucionaria, de que no se precisan reglas de moral expresas ni cursos de Deontología. En las Facultades de Medicina, la moral, como asignatura, no se enseña por lo común. Y esto, que escandaliza a algunos, tiene esta razón fundamental. El médico bien preparado en el sentido humano e integral que hemos expuesto, el médico con vocación y no el de pura técnica, ése no necesita de reglamentos para su rectitud. Al médico mal preparado, las reglas y consejos morales le serán perfectamente inútiles. Sobran aquí, como en todos los problemas de conducta moral, las leyes.” (1)

Esta opinión era, sin duda, compartida por muchos, razón por la cual la enseñanza de la ética no se daba en las facultades de medicina. Las pocas y simples reglas morales derivadas del Hábese Hipocrático eran consideradas suficientes y enseñadas a través del *ejemplo y precepto*. Su enseñanza formal era considerada innecesaria o sólo consistía en una presentación, no controversial, de unas cuantas reglas de conducta mezcladas con cánones de la etiqueta médica.

Pellegrino, en la editorial de JAMA, en 1976, afirma que “la ética médica, como empeño intelectual, virtualmente no existía en las escuelas médicas americanas” (2).

¿Desde cuándo se enseña la ética en las escuelas de medicina? Es a partir de finales de la década del sesenta que se inicia un movimiento en los Estados Unidos con la constitución de la Society for Health and Human Values. Se funda el Institute on Human Values in Medicine que impulsa el establecimiento de programas docentes de humanidades médicas en las facultades de medicina norteamericanas (3).

En la revisión sobre enseñanza de la *Ética Médica* en las escuelas de medicina de los Estados Unidos, Musik señala tres etapas: 1) la experimentación con personas; 2) la vida y la muerte como asuntos de la individualidad; y 3) la economización de la atención médica (4).

En la Comunidad Europea, recién en 1986 se promulgó una directiva sobre la Enseñanza de la Medicina. Es así que, en España, se aconseja la inclusión de ciertos contenidos humanísticos y éticos.

En Latinoamérica, en 1985, el Consejo Federal de Medicina del Brasil emitió una resolución de consenso entre los docentes de 58 Escuelas de Medicina para que la *Ética Médica* fuese una disciplina autónoma que debería ser ofrecida a lo largo de toda la carrera médica. Sugiere que la enseñanza se imparta a través de la discusión de casos concretos, con la participación activa de los alumnos (5).

En el momento actual, no se discute si se debe o no enseñar ética en las escuelas de medicina, sino para qué, cómo y quién debe enseñar. Sánchez sostiene que parece haberse llegado a un consenso sobre los objetivos básicos de esa enseñanza. Preparar a los profesionales para que manejen adecuadamente los aspectos éticos de la práctica médica, siendo los objetivos intermedios: a) reconocer los aspectos éticos tal y como surgen en la práctica médica; sabiendo identificar los valores implícitos y los conflictos latentes, b) pensar clara y críticamente sobre los aspectos éticos para elegir cursos de acción éticamente justificables y c) aplicar las habilidades que se necesitan para poner en práctica esos cursos de acción.

¿Qué ha cambiado? La “revolución médico-sanitaria”, como la denomina Gracia ha dado lugar a que “en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios”. El autor citado señala tres razones de este cambio: la mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo, b) las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica médica y c) el modo como los poderes públicos, en particular el Estado, han diseñado y gestionado la política sanitaria

La *revolución médico-sanitaria* ha hecho que el ejercicio de la medicina sea cada vez más de naturaleza técnica, al punto que muchas veces, el médico es un extraño para el paciente, que sólo lo ve para realizar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico.

De otro lado, la relación médico-paciente se ha modificado notablemente por la institucionalización de la atención médica, con sus costos, horarios, turnos, riesgos legales, ponderación de la calidad de vida, fijación de remuneraciones, etc.

Todo lo mencionado parece haber confluído para despertar un creciente interés en la necesidad de nuevas formas de aplicación de la ética médica. Ya no es admisible que el médico tome decisiones por el paciente; y el *primum non nocere* hipocrático no sólo se aplica a su cuerpo sino a la integridad del sistema de valores del paciente. Para Sánchez la antigua deontología profesional y la simple buena conciencia del médico no bastan para resolver todos estos problemas, y parece necesario dotar a los implicados de nuevas herramientas conceptuales y metodológicas que la Bioética ofrece.

Evaluación de la enseñanza universitaria. La metodología de evaluación de la enseñanza universitaria está permanentemente abierta a la discusión. Rubio informa sobre el resultado de un estudio en la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú: “una significativa cantidad de exámenes son memorísticos, con lo que sólo atañen a la información y comprensión. El promedio del rango de calificación de los profesores suele ser de cinco a seis puntos. Así algunos califican entre 09 y 15 puntos; otros entre 15 y 20 y otros entre 7 y 12. Si bien el número de desaprobados crece en algunas especialidades, en general se mantiene estable y alcanza un promedio del 8%. Muchas veces los profesores toman exámenes objetivos para garantizar la facilidad de la corrección, por el número de alumnos que tienen en clase; y lamentan no tomar exámenes desarrollados” (6).

Venturelli afirma que los métodos tradicionales de evaluación hacen que el estudiante estudie para el profesor y para la nota y no para su trabajo futuro. Respecto a la formación médica, dicho autor plantea que la sociedad espera que el objetivo de la formación “fuera de proveer el nivel más alto y humanizado en los cuidados médicos, que los egresados de las escuelas médicas sean capaces de establecer comunicaciones directas, comprensibles y francas con sus pacientes y familiares y que todo médico sea un educador de pacientes” (7).

El autor citado describe una forma de evaluación denominado “Salto Triple”, que consiste en tres partes:

- 1) El estudiante enfrenta un problema específico, evalúa la situación, los componentes del problema y establece sus propias necesidades para resolver sus dudas.
- 2) El estudiante establece un plan de estudio a seguir en 2 a 3 horas para buscar la información en libros, revistas, bibliotecas, sistemas electrónicos y consultas con otros estudiantes o miembros de la facultad.
- 3) Terminada la búsqueda, logra entender mejor la situación planteada y puede ofrecer explicaciones o soluciones más plausibles.

En una revisión sobre la enseñanza de la Bioética, McKneally y Singer señalan que: “el principal objetivo de la enseñanza ética a los médicos, es fortalecer su habilidad para cuidar a los pacientes y sus familiares, al pie de la cama y en otros ámbitos clínicos”. Plantean que la evaluación podría hacerse revisando las historias clínicas aunque infelizmente, dado el estilo telegráfico en que se registran los aspectos científicos y la escasa mención a los aspectos éticos, la tarea parece poco realizable, excepto en casos muy específicos, como las Ordenes de No Reanimar (ONR) (8).

Singer y colaboradores describen el OSCE (Exámenes Clínicos Estructurados por Objetivos, por sus siglas en inglés). En ésta, se enfrenta a los estudiantes con casos reales, simulados, o problemas prácticos, debiendo demostrar una serie de destrezas, desde saber establecer una conversación con un paciente o sus familiares, realizar un examen clínico, discutir con un paciente un caso de violencia familiar. Es observado durante el proceso por un docente que evalúa los aspectos positivos y negativos. También se utiliza para evaluar el comportamiento ético, pero señalan como problema su baja consistencia interna (9).

Un artículo del Journal of Medical Ethics sobre un modelo de currículo de enseñanza de la ética en el Reino Unido dice: “La ética y la medicina legal deben ser formalmente evaluadas, igual que los otros cursos del currículo. Los detalles de tal evaluación variarán entre las escuelas, pero debe realizarse dándole la misma importancia que la evaluación de cualquier otro curso. Sin ella, la ética y la medicina legal no pueden ser enseñadas exitosamente en las escuelas de medicina” (10).

El método de evaluación tradicional y el más frecuente es el examen de elección múltiple, que tiene un valor limitado y se acepta para evaluar conocimientos y juicios. Otras formas de evaluación, de uso común son preguntas para respuestas breves de desarrollo o ensayo. Se propone el uso de una combinación de los diversos métodos. Esta diversidad de opiniones sobre cómo

evaluar la enseñanza superior nos muestra claramente que no hay consenso sobre la mejor forma de hacerlo.

La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La enseñanza formal de la ética en la Facultad de Medicina de San Fernando se inicia recién a finales del siglo XX, como resultado de la evaluación curricular de la Escuela de Medicina en 1987.

El plan de estudios incorporó un curso en ética bajo la denominación de Deontología Médica, de dos créditos académicos, con 54 horas de duración. Se solicitó su dictado al Departamento de Psiquiatría, pero por razones desconocidas la responsabilidad del curso pasó al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. El Director de este Departamento, el Dr. Jorge Castello, comisionó al Dr. Carlos Bustíos Romaní organizar el curso.

El curso se dictó en los años 1988 y 1989. En el syllabus, la sumilla dice: “Esta asignatura permite al estudiante desarrollar su competencia humano-profesional en el cumplimiento apropiado de sus deberes éticos, como alumno y como médico en el futuro”. El contenido de la asignatura se organizó en tres unidades académicas. El conocimiento de las dos primeras es un requisito para el aprendizaje de la siguiente. La primera unidad presenta las definiciones de los términos del lenguaje básico de la Ética y de la Deontología; la segunda sistematiza, para su interpretación, las prescripciones deontológicas médicas aceptadas a nivel internacional y/o nacional; la tercera, describe e interpreta las tendencias actuales de la deontología médica que, superando un enfoque centrado en el individuo, adquiere un carácter social.

Los contenidos descritos se complementaban con aportes de los alumnos, que realizaban una monografía sobre un tema vinculado con la asignatura y el análisis evaluativo de un caso de infracción deontológico durante el desenvolvimiento de las unidades. El syllabus señalaba que la evaluación sería permanente, calificándose la monografía, el informe del análisis de caso, el desempeño del alumno en la teoría, los seminarios, y en un examen escrito final. La nota de la calificación final se obtendría promediando las cuatro calificaciones parciales. Para tener derecho a calificación final deberían: estar matriculados en la asignatura, asistencia no menor del 70% a todas las actividades, haber aprobado las prácticas y cumplido con los trabajos programados.

Los profesores de práctica eran sanitaristas de gran experiencia aunque sin capacitación formal en ética y deontología. En los años que se dictó el curso las promociones de alumnos de medicina eran numerosas y tuvo que dividirse en dos bloques de 160 cada uno.

El profesor responsable del curso comenta: “La nueva asignatura se inició sin disponer de los recursos humanos ni materiales académicos mínimos necesarios. Eran años de crisis económica, al final del gobierno de Alan García. La Facultad estaba en falencia económica y muy pocos alumnos estaban en condiciones de adquirir algún material bibliográfico. La actitud de los alumnos cursando el sexto año de estudios no era favorable a la asignatura, actitud que se reforzaba por ser años de devaluación de los principios morales que sustentaba el Código del Colegio Médico y de difusión del mensaje economicista neoliberal. Al discutir los casos programados y al comentar el contenido del Código de Ética del CMP, los alumnos ironizaban con algún cinismo el contraste entre lo establecido por las normas deontológicas y el comportamiento cotidiano de parte de sus profesores en los hospitales donde horas antes habían efectuado sus prácticas de otras asignaturas” (11). A inicios del año 1990, el Dr. Bustíos renunció irrevocablemente a seguir asumiendo la responsabilidad del curso.

En la década del 90 como resultado del seminario de reforma de la educación profesional en salud realizado entre diciembre de 1989-enero 1990 (12), se acuerda que previamente a los cursos de clínica, los alumnos reciban las bases de la ética médica, para un mejor comportamiento frente al paciente.

En 1995 se inicia el dictado del curso de Ética y Deontología Médica, bajo la responsabilidad del Departamento de Psiquiatría. Tenía lugar en el segundo semestre del 2do año con un valor de dos créditos académicos. Los contenidos temáticos eran: muerte con dignidad, ética en cirugía y aspectos deontológicos. A partir de 1995, la coordinación del curso recae en el Dr. Francisco Rivera Feijoo del Departamento de Psiquiatría. El nuevo coordinador introduce otros temas tales como: biocentrismo, el imperativo tecnológico y una crítica a la deontología institucional. En 1996 el curso cambia de nombre a Bioética y se dicta en el 3er año de medicina con tres créditos académicos. El contenido se estructura en 50% teoría, 25% seminarios y 25% estudio de casos.

En 1999, año en que los internos de la promoción 2003 llevaron el curso de Bioética, la sumilla del curso decía que: “proveerá al estudiante de medicina de información sobre el cuidado de la dignidad humana en las atenciones de salud, capacitándolo en la aplicación de ese conocimiento a la realidad peruana cotidiana.” Se plantean como objetivos del curso:

- Entender los principios éticos y los valores que sustentan una buena práctica médica
- Reflexionar sobre sus propias creencias y maneras de entendimiento (de los casos)

- Apreciar aportes alternativos a la medicina académica
- Estar aptos para dar respaldo al argumentar la discusión informada
- Estar aptos para participar en el razonamiento ético y legal que la práctica médica usual exige

En aquel entonces ninguno de los profesores tenía formación académica en ética. Sin embargo, los resultados de la evaluación del curso mostraban que la mayoría de alumnos estaban satisfechos con su desarrollo.

La evaluación de los alumnos se hacía a través de dos exámenes escritos de tipo objetivo (elección múltiple) con diez preguntas cada uno. Las notas de los exámenes eran el 50% y se completaban con seminarios, 25%; y estudios de casos y una monografía, 25%.

Los temas tratados fueron: definición, historia e importancia de la bioética; ética normativa y no normativa; la comunicación en el hospital, confidencialidad, veracidad; modelos de relación médico paciente; eutanasia,; ingeniería genética, bioética y reproducción; sexualidad; placebo; investigación; conducta profesional; ecología; derecho y medicina; consentimiento informado. Las prácticas se desarrollaban utilizando 20 viñetas de casos breves: p. e. *Verónica, joven de 19 años es asaltada y violada por un individuo. Después de 40 días se da cuenta que está embarazada. Aplique el principio de justicia y el de autonomía en el análisis del caso.*

En el presente milenio, el tema de la ética ha ido cobrando fuerza en nuestra facultad como se puede comprobar en la aprobación del plan Curricular para el primer año de medicina que incorpora un curso de Introducción a la Ética con valor de tres créditos académicos (RD N° 0180-FM-2002, ratificada por RR N° 02723-R-02 del 30/04/02). El citado curso se suma al de Bioética, ya existente, de tres créditos académicos y que se dicta en el tercer año.

El 20 de junio del 2002, la RR N° 0387-D-FM-2002 resuelve: Desarrollar e implementar la reforma curricular de pregrado en las facultades de medicina en base a tres ejes integradores: ética, investigación y salud comunitaria, y recomienda que las cinco escuelas académico profesionales de la facultad incluyan como mínimo el dictado de un curso de: ética, introducción a las ciencias sociales, e investigación.

Titulación en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hasta el año 2003, los alumnos de medicina tenían dos opciones para obtener el título de médico cirujano: la

primera era realizar una tesis y la segunda, rendir un examen de suficiencia profesional. Esto último se convirtió en los llamados módulos que consistían en una revisión de 18 temas realizados un sábado y un domingo. Al término de cada una de las cuatro rotaciones del internado (medicina, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía) se les tomaba un examen objetivo, los mismos que se promediaban para la nota final.

En el año 2003, el Comité Asesor de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana analizó el tema y determinó que esa modalidad de evaluación no podía considerarse un examen de suficiencia profesional, y acordó una nueva modalidad. En ésta, al término de cada una de las cuatro rotaciones del internado se le presenta al alumno, por escrito, cuatro casos clínicos de cada una de las cuatro especialidades.

Esta modalidad ha sido normada en el reglamento para optar el título profesional de médico-cirujano por la modalidad de Examen de Aptitud profesional, ratificada por RR N° 02076-R-04 del 13/05/04

Objetivo. El objetivo general del estudio fue evaluar, mediante cifrado cualitativo, el aprendizaje de la ética médica en internos de medicina 2003, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Los objetivos específicos fueron:

- a) analizar, mediante cifrado cualitativo, las respuestas que se refieren a aspectos éticos en el manejo de la información;
- b) analizar, mediante cifrado cualitativo, las respuestas que hagan mención a aspectos éticos

MATERIAL Y MÉTODOS

Material. Se utilizó una fuente de información secundaria, consistente en los resultados del examen de aptitud profesional, de internos de medicina de la promoción 2003, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Los exámenes en mención consistieron en preguntas abiertas sobre casos clínicos, de las cuatro especialidades básicas (medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia). En cada caso se preguntó: 1) Señale si encuentra deficiencias en la historia clínica; 2) Indique cuál es su “Plan de trabajo” para atender el caso; 3)Cuál es su diagnóstico; 4) Con qué otras entidades clínicas plantea diagnóstico diferencial (razones); 5) Indique el tratamiento presuntivo; 6)Cuál es su pronóstico; 7)

Manejo de la información al paciente y a la familia; 8) Señale qué aspectos éticos deben tomarse en consideración. El presente estudio hizo uso de las respuestas a las últimas dos preguntas (7 y 8). Los ocho casos clínicos en narrativa se presentan en el Anexo N° 1.

El presente trabajo podría considerarse una nueva forma de evaluar cursos en ética por las siguientes razones:

- Se utilizan historias clínicas de casos reales, tomadas de hospitales donde se realiza el internado, y no expresamente preparadas o relacionados con aspectos éticos, es decir, tal como se da en el ejercicio de la profesión
- Se realiza varios años después del dictado del Curso de Bioética, con lo que eliminamos la inmediatez memorística
- Como sucede en la realidad, no todos los casos presentan problemas éticos que influyan en las decisiones clínicas
- La evaluación se realiza como parte del Examen de Suficiencia Profesional al término del internado, es decir, cuando el estudiante va a iniciar su vida profesional

El total de internos fue 159 y de cada uno de ellos se tomó dos exámenes, sin embargo, no se ubicó el examen de 9, lo cual hace un total de 309 exámenes. El Cuadro N° 1 detalla el número de caso, a que rotación corresponde y cuantos exámenes se evaluaron (anexo N° 1).

Cuadro N° 1. NÚMERO DE EXÁMENES POR CASO

Caso	Rotación	Exámenes (n = 309)
1°	Medicina	50
2°	Cirugía	32
3°	Pediatría	45
4°	Gineco-obstetricia	32
5°	Pediatría	49
6°	Gineco-obstetricia	26
7°	Medicina	44
8°	Cirugía	31

Método. Se elaboraron los siguientes criterios de evaluación:

7. Manejo de la información

- ¿Es veraz? (verdad en las cosas que se dice, no oculta información, sinceridad)
- ¿Es oportuna? (conveniencia de tiempo y lugar)
- ¿Qué informar? (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)
- ¿A quién informar? (paciente, familia)
- ¿Cómo informar? (información relevante, lenguaje sencillo, no dar falsas expectativas, con mucho cuidado, cautela, prudencia)
- Consentimiento informado

8. Aspectos éticos a tomar en consideración

- ¿Información, veraz y oportuna; qué, cómo y a quién informa?
- Consentimiento informado (información, voluntariedad, competencia)
- Fundamento ético
- Uso de vocabulario bioético
- Relación médico paciente
- Relación con colegas/otros profesionales

Instrumento. Cada uno de los criterios de las preguntas 7 y 8 se cuantificó en una escala de 0-3: 0 = no menciona; 1 = poco; 2 = regular; y 3 = mucho (Ver Anexo N° 2)

Procedimientos. Los investigadores, independientemente, calificaron un número de exámenes, utilizando los criterios mencionados. Luego se reunieron para discutir sobre las discrepancias. Una vez resueltas las diferencias se procedió a la calificación de las respuestas 7-8 de los ocho casos.

Análisis de datos. Se elaboró una base de datos en Foxpro02. Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS07 y EpiInfo06 para los análisis correspondientes

RESULTADOS

Características demográficas. En el total de 159 internos la relación hombre/mujer fue 2/1. La edad media general fue 27,2 años (DE 3,37), siendo la edad mínima 23 y la máxima 43; la edad media en varones fue 27,3 años (DE 3,5) y en mujeres 27,1 años (DE 3,1), sin diferencias estadísticamente significativas. Del total de internos el mayor porcentaje (72%) se ubicó en el grupo de 25-29 años.

Resultados generales. El cuadro N° 2 presenta la frecuencia general de los criterios en las preguntas 7 y 8. Cabe mencionar que el criterio información oportuna de la pregunta 7 fue eliminado porque ningún interno hizo mención a ello.

Cuadro N° 2. FRECUENCIA GENERAL DE LOS CRITERIOS

	no menciona	pobre	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	97,4	2,6		
Qué informa	17,8	27,5	45,0	9,7
A quién informa	32,7	29,4	37,5	0,3
Cómo informa	79,3	18,4	2,3	
Consentimiento informado	96,4	3,6		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	54,7	26,9	16,8	1,6
Consentimiento informado	73,8	25,2	1,0	
Fundamento ético	45,6	35,3	16,5	2,6
Vocabulario bioético	63,4	27,8	5,5	3,2
Relación médico paciente	91,9	6,1	1,6	0,3
Otras relaciones	94,5	5,5		

Resultados por caso clínico. A continuación se desagrega la frecuencia de los criterios por cada caso clínico.

Caso N° 1. Mujer de 77 años en insuficiencia cardiaca descompensada, de pronóstico reservado

Cuadro N° 3. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 1 (n = 50)

	no menciona	poco	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	96,0	4,0		
Qué informa	22,0	34,0	42,0	2,0
A quién informa	34,0	38,0	26,0	2,0
Cómo informa	80,0	20,0		
Consentimiento informado	96,0	4,0		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	48,0	36,0	10,0	6,0
Consentimiento informado	82,0	18,0		
Fundamento ético	68,0	24,0	6,0	2,0
Vocabulario bioético	82,0	10,0	6,0	2,0
Relación médico paciente	94,0	4,0	2,0	
Otras relaciones	90,0	10,0		

Tal como se observa en el cuadro N° 3, la mayoría de internos no hace mención explícita a veracidad en la información al paciente y a la familia, sin embargo, en el análisis cualitativo de la pregunta 8 alude a ella.

- *Es un problema moral el no decirle a la familia verdaderamente lo que está pasando, el pronóstico que tiene, los agravantes que trae, y de las consecuencias que pueden llevar incluso al deceso*
- *Información real sobre la enfermedad de la paciente para que estén preparados ante cualquier eventualidad.*

Adicionalmente, se plantea claramente que al paciente no hay que informarle la verdad sobre su condición clínica. Otros titubean si deben o no ser veraces en la información al paciente

- *Se debe informar que el manejo que se da es el adecuado pero que su condición de por si es crítica. Sin embargo, es preferible no dar este tipo de información al paciente pues se requiere su tranquilidad*
- *La posibilidad de ocultarle la situación de gravedad de su estado de salud al paciente, mientras que a los familiares se les brinda toda la información. Por otro lado, el paciente tiene derecho a conocer su estado de salud*

Otro aspecto relativo a información es cómo hacerlo. Varias respuestas señalaron: *prudencia, delicadeza, cautela, cuidado y tacto, léxico sencillo y objetivo* en la información que se da al paciente y a la familia.

Tal como se muestra en el Cuadro N° 3, sólo 1 de cada 3 internos planteó fundamento ético:

- *Principio de beneficencia: el IMA requiere de una rápida intervención. Principio de no maleficencia: el paciente en su primer episodio acude a un hospital que al parecer no es nivel IV, allí recibe un tratamiento inadecuado*
- *Respeto a las creencias y actitudes del paciente y su familia en relación a los elementos que empleamos en el manejo*
- *El que la paciente está grave no quita su derecho a tomar decisiones, siempre y cuando esté conciente. No caer en ensañamiento terapéutico, sino evaluar con la paciente el tipo de vida que quiere llevar y sus expectativas a futuro, para no priorizar el tiempo de vida sobre calidad de vida*

Caso N° 2. Varón de 37 años operado de apendicitis aguda que hace cuadro infeccioso en el post-operatorio

Cuadro N° 4. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 2 (n = 32)

	No menciona	poco	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	100,0			
Qué informa	15,6	25,0	46,9	12,5
A quién informa	12,5	43,8	43,8	
Cómo informa	53,1	31,3	15,6	
Consentimiento informado	93,8	6,2		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	53,1	25,0	21,9	
Consentimiento informado	62,5	31,3	6,2	
Fundamento ético	50,0	28,1	15,6	6,2
Vocabulario bioético	56,3	34,4	9,4	
Relación médico paciente	90,6	9,4		
Otras relaciones	65,6	34,4		

En el análisis cualitativo, respecto a cómo dar la información señalaron: *de manera sencilla; sin crear falsas expectativas ni empeorando las cosas; clara y directa; oportuna y veraz.*

Al igual que en el caso N° 1 se plantea que al paciente no hay que informarle sobre su real condición clínica

- *No discutir abiertamente sobre las posibilidades diagnósticas y de tratamiento con el paciente ni la familia*

Un tema recurrente en este caso es el de las relaciones profesionales

- *Mantener la ética profesional y no alegar que el paciente fue “mal operado” y lavarme las manos de posibles complicaciones*

En este caso clínico 1 de cada 2 internos proporcionó fundamento ético a su actuación:

- *En caso de ser necesaria la intervención quirúrgica, ante todo, darle a conocer cuáles son los beneficios y riesgos de la operación, sea a la familia o al paciente*
- *Es importante el manejo del consentimiento informado al paciente, y si éste no está en condiciones, se debe obtener permiso de los familiares para intervención quirúrgica, transfusión sanguínea*
- *Tener en cuenta que el dolor intenso de una persona puede alterar su verdadera voluntad.*

Caso N° 3. Lactante de 8 meses de edad desnutrida, con cuadro diarreico que la lleva a deshidratación severa.

Cuadro N° 5. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 3 (n = 45)

	no menciona	poco	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	97,8	2,2		
Qué informa	8,9	22,2	53,3	15,6
A quién informa	35,6	46,7	17,8	
Cómo informa	84,4	15,6		
Consentimiento informado	100,0			
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	57,8	28,9	13,3	
Consentimiento informado	93,3	6,7		
Fundamento ético	68,9	20,0	8,9	2,2
Vocabulario bioético	82,2	13,3	2,2	2,2
Relación médico paciente	97,8	2,2		
Otras relaciones	97,8	2,2		

Tal como se observa en el Cuadro N° 5, la mayoría de internos no hace mención a veracidad, sin embargo, en el análisis cualitativo se refiere a ella de modo implícito: *sin ocultar ninguna información; informar del verdadero estado de gravedad y posibles complicaciones; ser sincero al informar la gravedad del caso*

En el análisis cuantitativo sólo 1 de cada 3 internos fundamentó éticamente su actuación. A continuación se presentan algunas de esos fundamentos:

- *Beneficencia: dar mejor reposición de volumen con solución polielectrolítica más adecuado. No maleficencia: determinar terapia antibiótica más adecuada sin cometer impericia*
- *Antes de realizar procedimientos invasivos informar a la familia de la paciente sobre dicho procedimiento y pedirle su consentimiento. Evitar procedimientos invasivos innecesarios tomando en cuenta costos y daño a la paciente*

Un tema recurrente fue la idea que hay que agotar los esfuerzos por restablecer la salud.

- *A pesar de tratarse de una situación crítica, deben hacerse todos los esfuerzos médicos y tecnológicos disponibles para restablecer la salud de la paciente. Se deben utilizar los antibióticos más potentes disponibles.*
- *Por el principio de beneficencia, se debe hacer todo lo posible para manejar satisfactoriamente el cuadro, sin menoscabar la condición de la paciente, darle todas las facilidades posibles, tanto a la paciente como a los familiares.*

Caso N° 4. Mujer de 35 años con cuadro de enfermedad inflamatoria pélvica.

Cuadro N° 6. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 4 (n = 32)

	no menciona	poco	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	93,8	6,2		
Qué informa	25,0	9,4	43,8	21,9
A quién informa	43,8	18,8	37,5	
Cómo informa	78,1	21,9		
Consentimiento informado	96,9	3,1		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	50,0	40,6	9,4	
Consentimiento informado	75,0	21,9	3,1	
Fundamento ético	34,4	40,6	25,0	
Vocabulario bioético	59,4	40,6		
Relación médico paciente	87,5	6,2	3,1	3,1
Otras relaciones	100,0			

Tal como se observa en el Cuadro N° 6, a diferencia de los casos anteriores, 2 de cada 3 internos proporcionó fundamento ético a sus decisiones. En el análisis cualitativo la mayoría de ellos se refieren al secreto profesional. Adicionalmente, uno de los internos señala aspectos éticos a considerar en el examen ginecológico; y otro al concepto de capacidad.

- *Manejar los datos que la paciente nos da con confidencialidad, porque son datos íntimos que en muchas ocasiones la pareja desconoce. El problema de promiscuidad que puede existir en la paciente o en la pareja, no debe ser juzgado, por el contrario, darle recomendaciones. El examen ginecológico, por tratarse de una parte del cuerpo y ser muy íntima de la mujer, debe ser lo más profesional posible. No deshumanizar a la paciente y tratarla como un objeto, sino explicarle qué se va a hacer y darle las indicaciones del caso.*
- *Al realizar el examen ginecológico, contar con la presencia de personal de salud femenino (enfermera, técnica) e informar para qué se realiza el examen.*
- *Verificar estado de salud mental de la paciente con una evaluación psiquiátrica, para determinar si ésta puede tomar decisiones que permitan su estudio y cuidado.*

Caso N° 5. Ictericia neonatal.

Cuadro N° 7. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 5 (n = 49)

	no menciona	poco	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	100,0			
Qué informa	20,4	34,7	36,7	8,2
A quién informa	32,7	10,2	57,1	
Cómo informa	81,6	18,4		
Consentimiento informado	98,0	2,0		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	59,2	20,4	18,4	2,0
Consentimiento informado	73,5	26,5		
Fundamento ético	32,7	38,8	24,5	4,0
Vocabulario bioético	61,2	24,5	8,2	6,1
Relación médico paciente	93,9	4,1	2,0	
Otras relaciones	100,0			

Tal como se observa en el cuadro N° 7, ningún interno hizo mención a ser veraces en la información (pregunta 7); sin embargo, hay referencia a ella en el análisis cualitativo de la pregunta 8.

- *Los aspectos éticos se relacionan a que informemos con veracidad sobre los resultados del laboratorio que obtengamos y de las complicaciones que podrían suscitarse.*

Fundamentos éticos:

- *El consentimiento informado debe estar aceptado para cualquier procedimiento y análisis a realizar, previo claro está dando la información a los familiares sobre cómo se realiza y las posibles complicaciones que pudieran presentarse.*
- *Principio de autonomía: la madre debe, por propia decisión, otorgar el consentimiento informado sobre los procedimientos que pudiera necesitar su hijo, tal como la exanguino transfusión*
- *Principio de beneficencia: brindar al paciente todo lo que está a nuestra disposición. Principio de no maleficencia: el diagnóstico debe ser oportuno así como el tratamiento, y derivar al neonatólogo para mejor manejo (primero no hacer daño). Principio de equidad y justicia: atenderlo sin prejuicio social, económico y cultural.*

Caso N° 6. Hemorragia del tercer trimestre del embarazo

Cuadro N° 8. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 6 (n = 26)

	no menciona	pobre	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	96,2	3,8		
Qué informa	3,8	34,6	53,8	7,7
A quién informa	26,9	15,4	57,7	
Cómo informa	80,8	19,2		
Consentimiento informado	92,3	7,7		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	50,0	26,9	23,1	
Consentimiento informado	50,0	50,0		
Fundamento ético	7,7	61,5	30,8	
Vocabulario bioético	42,3	42,3	11,5	3,8
Relación médico paciente	84,6	11,5	3,8	
Otras relaciones	100,0			

En el Cuadro N° 8 se observa que más de la mitad de los internos sabe qué hay que informar y a quién; sin embargo, no hacen mención a veracidad en la información ni cómo hay que hacerlo.

En la pregunta 8, la mitad de los internos consideró el consentimiento informado; y la mayoría de ellos proporcionó fundamento ético. A continuación se presentan algunos de esos fundamentos obtenidos en el análisis cualitativo:

- *Mantener informada a la paciente de su estado y el del feto. Brindarle la mejor atención tanto médica como institucional. Transferir a la paciente si no se cuenta con los equipos adecuados para la atención del neonato. No métodos invasivos si no se requieren*
- *Tratar de preservar la vida de la madre y el feto, pero si estuviera en peligro la madre, proceder a cesárea. Si la paciente o la familia se negaran, comunicarse con el fiscal o la autoridad correspondiente y proceder con la cesárea*
- *Todo procedimiento a realizar debe contar con el consentimiento informado, para lo cual se le debe explicar los beneficios y riesgos que ello implica*
- *Se debe ser claro en la información que se da a la paciente, no dándole falsas esperanzas acerca de algún tratamiento en especial. Se debe respetar la autonomía de la paciente para decidir sobre aspectos diagnósticos o terapéuticos que se realicen. No realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no demuestren algún beneficio para la paciente.*

Caso N° 7: varón de 66 años con hipertensión arterial estadio 2

Cuadro N° 9. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 7 (n = 44)

	no menciona	poco	regular	mucha
<i>Información:</i>				
Veraz	95,5	4,5		
Qué informa	27,3	22,7	47,7	2,3
A quién informa	36,4	27,3	36,4	
Cómo informa	81,8	15,9	2,3	
Consentimiento informado	97,9	2,3		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	50,0	18,2	29,5	2,3
Consentimiento informado	84,1	15,9		
Fundamento ético	56,8	31,8	9,1	2,3
Vocabulario bioético	70,5	18,2	6,8	4,5
Relación médico paciente	90,9	6,8	2,3	
Otras relaciones	100,0			

Tal como se observa en el Cuadro N° 9, la mayoría de internos no hace mención al consentimiento informado en la pregunta 7, pero sí lo hace 1 de cada 6 en la pregunta 8. En el análisis cualitativo hay referencia al consentimiento aunque de modo implícito.

- *La familia debe estar enterada de los procedimientos a efectuarse y debe autorizar dichos procedimientos.*

En el análisis cuantitativo menos de la mitad de los internos fundamentó éticamente sus decisiones.

A continuación se presentan esos fundamentos:

- *En todo momento el trato con el paciente debe ser dentro del parámetro de respeto y siempre salvaguardando la intimidad del mismo. La buena empatía y relación médico paciente debe hacerse evidente, y la premisa “tratar al paciente como te gustaría que te traten a ti”.*
- *Debe administrarse las drogas que han sido aprobadas y no utilizar medicamentos retirados del mercado o aquellos que recién aparecen y cuya eficacia no está comprobada.*
- *Un acertado tratamiento y la prevención de posibles complicaciones, tendrá como objetivo evitar mayor daño en el paciente, que al fin y al cabo es la finalidad de la medicina*
- *Evaluar protocolos de manejo del problema planteado por el paciente*
- *Descartar algún tipo de patología (en este caso SICA) para así asegurar un diagnóstico acertado (no maleficencia, no negligencia)*

Caso N° 8. Varón de 41 años con cuadro compatible con ictericia obstructiva, probablemente por hidatidosis que requiere de intervención quirúrgica.

Tal como se observa en el Cuadro N° 10, un poco más de la mitad de los internos mencionó el consentimiento informado, probablemente por tratarse de un caso quirúrgico. Sin embargo, es importante destacar que en el análisis cualitativo se hace evidente que el concepto que tienen del consentimiento informado es el de un documento a firmar. Adicionalmente, no hacen mención a los aspectos de capacidad para consentir y voluntariedad, sólo consideran la información.

- *Al paciente quirúrgico se le debe explicar por qué va a ser operado, los beneficios y las posibles complicaciones*

- *Hacer que el paciente y el familiar responsable firmen un consentimiento informado para la cirugía, previa amplia explicación sobre el motivo del mismo*
- *El consentimiento informado juega aquí importante papel para el bienestar del paciente, la familia y nuestra*

Cuadro N° 10. FRECUENCIA DE CRITERIOS CASO N° 8 (n = 31)

	No menciona	poca	regular	mucho
<i>Información:</i>				
Veraz	100,0			
Qué informa	12,9	35,5	38,7	12,9
A quién informa	35,5	32,3	32,3	
Cómo informa	90,3	6,5	3,2	
Consentimiento informado	93,5	6,5		
<i>Aspectos éticos:</i>				
Información	71,0	19,4	9,7	
Consentimiento informado	48,4	51,6		
Fundamento ético	19,4	54,8	22,6	3,2
Vocabulario bioético	29,0	64,5		6,5
Relación médico paciente	90,3	9,7		
Otras relaciones	100,0			

Respecto a quién informar, al igual que en los casos anteriores, se repite la idea que al paciente no hay que informarle sobre su condición.

- *El pronóstico debe ser expuesto claramente al familiar (si es malo) para que éste le informe al paciente, quien tiene derecho a saber de su condición*

Tal como se observa en las siguientes expresiones, los internos no tienen dificultad respecto al significado del principio de no maleficencia:

- *Siempre se debe tener en cuenta la vida del paciente e iniciar tratamiento más oportuno y precoz, con la finalidad de evitar una peritonitis o llegar a sepsis, y evitar la muerte del paciente*
- *Primero no hacer daño: se usará antibióticos racionalmente; la cirugía la debe hacer un cirujano que domine la técnica quirúrgica específica*

DISCUSIÓN

Una preocupación compartida por todos aquellos que tienen que ver con la docencia es cómo saber si el proceso educativo está alcanzando sus metas. Canales afirma que: “en vísperas del siglo XXI, la humanidad insiste en tener actividades educativas que sean eficaces, eficientes e individual y socialmente significativas ¿Cómo saberlo? Compete a la tarea educativa brindar esta información estratégica. La evaluación debe proporcionar información sobre los resultados, efectos e impactos del quehacer educacional en general, y del aprendizaje en particular” (13).

La mayoría de los profesores han resuelto el problema de la evaluación recurriendo a las llamadas pruebas objetivas, siendo las de selección múltiple o las de doble alternativa las más utilizadas. Pocas veces utilizamos preguntas de ensayo como en el presente estudio. Las razones serían las que señala Canales, como la dificultad para la calificación, que si no es cuidadosa, puede caerse en mucha subjetividad. Por otra parte, requieren de mucho tiempo para su calificación. Las preguntas de ensayo, sin embargo, tienen las siguientes virtudes:

- a) Son relativamente fáciles de construir
- b) Proporcionan información sobre productos de aprendizaje complejos
- c) Permiten apreciar la creatividad en las respuestas (op. cit)

Limitaciones del estudio. Es necesario señalar, que los datos del presente estudio corresponden a resultados de exámenes de aptitud profesional de la promoción de internos 2003, escuela de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Asimismo, los casos clínicos de las cuatro especialidades (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría) no fueron seleccionados primariamente tomando en cuenta si plantean o no problema moral. Adicionalmente, las preguntas 7 y 8 consideradas para los fines del presente estudio fueron muy generales, sin precisar, en el primero, las características de la información; y, en el segundo, detalles de los aspectos éticos.

En el presente trabajo, hemos encontrado un factor adicional que confirma la pésima impresión existente sobre la llamada *letra de médico*, pues la legibilidad de las respuestas ha puesto a prueba nuestra paciencia y dotes de adivinanza.

Una evaluación del curso de bioética de nuestra facultad, para saber si los alumnos han alcanzado las competencias deseadas, es decir, no sólo los conocimientos sino las aptitudes y

actitudes, haría menester contar con pruebas como los Exámenes Clínicos Estructurados por Objetivos, que no están a nuestro alcance por su alto costo y carencia de la infraestructura necesaria.

Si bien nuestro estudio explora no sólo los aspectos de memoria, sino también los de comprensión y aplicación, sólo se acerca medianamente a evaluar cómo abordan los internos los temas de información que deben proporcionar a los pacientes y familiares, y si reconocen los problemas éticos y cómo resolverlos dentro del manejo global de los casos. Sin embargo, al no haberse programado un examen específico para evaluar los temas mencionados, podrían ser considerados como ventaja, ya que exploran de manera más *natural* el desenvolvimiento de los internos, incorporando estos aspectos como parte del manejo integral de los pacientes, como aspiramos que sea, los que hacemos docencia en la facultad.

Tomando en cuenta las limitaciones señaladas, el análisis de las respuestas mostró necesidad de formación de los internos, principalmente, en tres tópicos: 1) veracidad en la información al paciente y a la familia; 2) consentimiento informado; 3) relación médico paciente, relación con colegas y otros profesionales; asimismo, en temas específicos tales como limitación del esfuerzo terapéutico y ética del examen de partes íntimas.

Nuestros hallazgos, aunque estrictamente no comparables, se pueden contrastar con aquellos de Huijter y colaboradores. Los autores analizaron 522 informes de casos sobre dilemas éticos vividos por los propios internos en la escuela de medicina de la Universidad de Vrije, en Ámsterdam. En ésta los tópicos recurrentes en orden de frecuencia fueron: 1° En un 45% revelar o no información al paciente y consentimiento informado, siendo los temas más frecuentes: crítica a médicos que proporcionan información parcial o incompleta a los pacientes y la actitud de los internos hacia pacientes que no han sido informados del todo. Le siguieron crítica a médicos que: comunican malas nuevas a pacientes, no los respetan o no les dedican atención como personas, y un ítem relacionado con pacientes incompetentes; 2° En un 37% decisiones médicas al final de la vida, siendo los temas frecuentes: limitación del esfuerzo terapéutico, autoridad de los familiares en decisiones al final de la vida, y suspensión del tratamiento; y 3° En un 16% error médico, éste comprendió todos los eventos que los internos sintieron que no debieron ocurrir, tales como: diagnóstico erróneo o tardío; falla en la cirugía; tratamiento sin razón justificada, o exámenes diagnósticos excesivos o pobres (14).

A continuación se discute independientemente los tópicos: veracidad en la información, consentimiento informado y relación médico paciente, pese a que en la práctica están interconectados.

VERACIDAD

La veracidad es un tema que aparece en el contenido del curso de Bioética, que llevó la promoción de internos de medicina 2003 de la UNMSM. En el presente estudio, sin embargo, la mayoría de los internos (97%) no mencionó explícitamente veracidad en la información al paciente y a la familia (Ver Cuadro N° 2).

No contamos con datos de estudios nacionales sobre el tema, que corroboren nuestro hallazgo, sin embargo, una posible interpretación sería lo que ocurre según Taboada cuando se trata de comunicar malas noticias: “En esas circunstancias, no es inusual –especialmente en los países latinoamericanos- caer en una actitud falsamente paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Se entra así, con alguna frecuencia, en el círculo vicioso de la llamada *conspiración del silencio* que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una grave injusticia (principio de justicia)” (15).

De Simone considera que el problema real es técnico, de comunicación. Dice el autor: “La comunicación debe girar alrededor de la voluntad del paciente y toda información ser orientada a satisfacer una demanda de acuerdo con los intereses propios del afectado. Exceder ese límite es tan nocivo como no considerarlo en absoluto y contentarse con dar explicaciones detalladas sólo cuando una intervención mutilante debe ser justificada, o cuando se teme una acción legal. Si se quiere conocer qué es lo que el paciente en verdad desea saber no hay más remedio que escucharlo con atención, renunciando a toda otra actividad que no sea observar, recibir sus preocupaciones, intercalar algunas preguntas con el objeto de manifestarle interés” (16).

Randall y Downie señalan que en el Reino Unido, Norte América y Europa Occidental, la enseñanza en cuidados paliativos y atención de la salud se resume en la afirmación: “*A los pacientes se les debe informar la verdad en la medida que ellos desean conocerla.* Adicionalmente, los autores señalan que: 1) los pacientes no tienen un derecho absoluto a continuar ignorando aspectos de su enfermedad que tengan un impacto mayor en su familia, carrera profesional y comunidad; 2) algunas veces la tarea del profesional implica dar a pacientes información no solicitada, en base a un análisis de riesgos/beneficios; 3) hay responsabilidad moral de dar información con tacto, aplicando aquello que se ha aprendido acerca de una comunicación efectiva; 4) los pacientes eligen en qué medida quieren ser involucrados en la decisión (17).

Estudios empíricos. Lo que se sabe sobre información a pacientes con cáncer terminal es que la comunicación del pronóstico es un tema sensible; y sus necesidades de información deben ser evaluadas individualmente.

En Canadá y Australia, Kirk y colaboradores hallaron que las necesidades más importantes en pacientes con cáncer terminal y sus familiares se relacionaron con pronóstico y esperanza. Casi todos los participantes, independientemente de su extracción cultural, expresaron deseo de comunicación abierta sobre todos los aspectos de la enfermedad y su progreso. Todos los pacientes manifestaron su deseo de saber el diagnóstico de su enfermedad; y que la información se comparta totalmente con sus familiares durante toda la enfermedad. Todos los familiares opinaron que para el paciente era importante saber su diagnóstico. Casi todos los pacientes quisieron conocer su pronóstico, y los familiares respetaron su deseo en uno u otro sentido, aunque algunos hubieran deseado proteger al paciente de los detalles del pronóstico. No hubo familiares que pidieran que el paciente no fuera informado del todo. La mayoría de los pacientes quisieron que sus familiares estuvieran presentes cuando se reunía con su cuidador, aunque un pequeño número expresó su deseo de ser el primero en saber o controlar cuánto y cuándo se debía informar a los familiares. Los participantes describieron la información como un mecanismo que mejora la toma de decisión y permite algún control. La información insuficiente fue percibida como productora de estrés, frustración e incertidumbre. La mayoría informó que finalmente estuvieron satisfechos con la cantidad de información que recibieron, aunque muchos lo complementaron con fuentes secundarias (18).

Adicionalmente, los autores citados hallaron seis características necesarias para compartir información de modo sensible: 1) ser honestos y directos en la transmisión de información; 2) transmitir información de manera que pueda ser comprendida por paciente/familia; 3) dar los mensajes de modo compasivo y empático; 4) ofrecer suficiente tiempo durante la discusión de la información; 5) dar información en cantidad y frecuencia que puedan ser asimilados por paciente/familia; 6) dar mensajes que aseguren que no se abandonará al paciente/familia cuando la enfermedad progrese (6).

Justificación ética. Taboada y Bruera señalan que las diversas tendencias contemporáneas en bioética difieren en el razonamiento teórico que sustentan las soluciones a problemas morales. Respecto a veracidad en la información: a) la tradición hipocrática, en base a una concepción paternalista de la práctica médica, favorece el retener información acerca de la condición clínica del paciente; b) el principalismo enfrenta el conflicto entre no maleficencia y autonomía, teniendo

prioridad la primera sobre la segunda, si contamos con suficiente evidencia para afirmar que la información dañará al paciente individual. Sin embargo, en la mayoría de casos, la verdad es tanto una forma de beneficencia como de respeto a la autonomía del paciente, de manera que no hay conflicto entre ellos; c) en el utilitarismo hay que responder a las interrogantes: ¿Cuáles son las consecuencias de la verdad? ¿Cuántas personas serán afectadas por las consecuencias? ¿Qué curso de acción producirá el mayor bien (placer)?; d) en la ética kantiana la única regla generalizable es “siempre decirle la verdad al paciente”. Esta regla es base de la confianza y el tratar al paciente como fin en sí mismo; e) en casuismo, en cada caso clínico el conjunto único de circunstancias requerirá que el juicio práctico halle la solución óptima para todas las partes en conflicto. Así, si cambian las circunstancias del caso, o el tiempo o la cultura alteran nuestras percepciones, también pueden cambiar la máxima moral que se aplica al caso; f) en la ética de la relación y feminista, la ética surge de la comunidad del diálogo y el debate; g) en la ética de la virtud debemos imitar el razonamiento y la empatía de los buenos médicos, sabios y compasivos; h) en el personalismo la solución a dilemas éticos en medicina está en el respeto a cada persona individual como tal (19).

Randall y Downie plantean las siguientes justificaciones morales: a) *Valor de la verdad*. Los seres humanos vivimos en comunidad y nuestra habilidad para convivir con los demás depende de una comunicación honesta. En nuestras relaciones interpersonales valoramos la verdad y la honestidad. Ésta, en conjunción con nuestro concepto de individualidad y pertenencia de nuestro cuerpo, lleva a concluir que tenemos derecho a la verdad sobre nuestra salud, íntimamente relacionada con nuestro bienestar; b) *La relación paciente profesional se basa en la confianza*. Si ambos son deshonestos es improbable que se alcance la meta de esa relación. Si el equipo de salud, en general, no es honesto con el paciente, socava la confianza fundamental en la relación paciente-profesional; c) *Necesidad de información que permita al paciente tomar una decisión genuina respecto al tratamiento*. Esta no es la razón moral primaria para decirle la verdad al paciente. La verdad es valiosa por sí misma, y no como medio con el propósito de que el paciente participe en la toma de decisión; d) La meta de la atención de salud no es maximizar la autonomía del paciente para la toma de decisión, porque ello implicaría informarle todo lo que ellos sean capaces de comprender, información no necesariamente deseada. No consideramos que maximizar la autonomía del paciente sea la meta del cuidado paliativo, por ello no se justifica tratar de decirle al paciente *toda la verdad*; e) La complejidad moral y práctica que rodea el revelar información significa la necesidad de una gran dosis de sabiduría práctica o prudencia para alcanzar la meta del cuidado paliativo (17).

Información y error médico. Wu y colaboradores señalan que los errores son inevitables en la práctica médica, por la complejidad del conocimiento médico, la incertidumbre de las predicciones clínicas, las presiones de tiempo, y la necesidad de tomar decisiones pese a lo limitado o incierto del conocimiento. Los errores pueden ser particularmente estresantes para los médicos en formación porque ellos están adquiriendo nuevas habilidades y asumiendo nuevas responsabilidades. Los errores pueden ser una poderosa experiencia formativa, beneficioso en algunos casos y perjudiciales en otros. Idealmente, los errores deberían ser utilizados por educadores de médicos como instrumentos de enseñanza (20).

En el estudio de los autores citados, pese a las serias consecuencias de los errores en el 90% de los casos, incluyendo la muerte en el 31%, solamente el 54% de los residentes lo discutieron con los médicos asistentes, y el 24% con pacientes o sus familiares. Aquellos que asumieron la responsabilidad y lo discutieron con mayor probabilidad comunicaron cambios positivos en su práctica, mientras que aquellos que atribuyeron el error a sobrecarga de trabajo o consideraron sancionadora a la institución informaron de cambios defensivos.

La 4ta edición del Manual de ética del American College of Physicians dice: “Los médicos deben revelar a los pacientes la información sobre errores de procedimientos o criterio que hayan efectuado durante la atención, en caso de que dicha información sea esencial para el bienestar del paciente. Los errores no necesariamente constituyen conducta impropia, negligente o no ética, pero el no revelarlo puede serlo” (21).

Justificación moral. Hébert y colaboradores respecto a la justificación moral de informar al paciente sobre errores médicos dice: a) la no revelación del error socava la confianza del público en la medicina porque implica engaño y viola el compromiso de actuar únicamente en el mejor interés de los pacientes. Asimismo, se puede ocasionar daño evitable a pacientes si posteriormente son lesionados por fallas en la información; b) Revelar errores es consistente con los avances éticos en medicina, de mayor apertura con los pacientes y compromiso de éstos en su atención; c) Los pacientes merecen también ser informados de errores por respeto a ellos como personas. Tienen derecho a ser informados sobre eventos críticos aunque no resulten lesionados. Más aún, por el principio de justicia, los pacientes deben ser capaces de buscar la adecuada restitución o compensación cuando son lesionados; d) La no revelación del error puede también socavar los

esfuerzos para mejorar la seguridad en la práctica médica, si ello no se comunica a las autoridades correspondientes (22).

¿Qué debemos hacer en la práctica ante el error médico? Los errores son difíciles de reconocer abiertamente frente a pacientes y colegas. Hébert y colaboradores proponen:

- Informar tales sucesos puede ser menos traumático si los médicos siguen las guías prácticas para dar malas noticias.
- Como se hace en general para informar sobre daño o su riesgo, la necesidad de revelar el daño al paciente es proporcional: incrementa a medida que el daño o su riesgo aumenta
- En caso de error pero sin daño, a menos que exista evidencia para lo contrario, se debe asumir que el paciente querría una información completa, particularmente cuando pudo haber ocurrido lesión o el potencial daño requiere de abandonar el plan de tratamiento habitual. La información debe tener lugar en el momento oportuno, cuando el paciente esté en condiciones de asimilarla y en ambiente adecuado.
- Los médicos deben tomar la iniciativa de informar el error al paciente y a sus familiares. No debe actuar defensiva o evasivamente, y en su lugar explicar qué ocurrió de manera objetiva y narrativa, tratando de evitar reacciones frente a la respuesta cargada que puede generar tal información. El médico puede decir *lo siento*. Los pacientes a menudo aprecian esta forma de reconocimiento y empatía, y ayuda a fortalecer más que debilitar la relación médico-paciente
- Si el resultado adverso requiere de atención médica se debe informar y buscar ayuda inmediata. Los pacientes pueden ser reasegurados sabiendo que el médico no sólo tiene remordimientos sino que también quiere rectificar el daño y prevenirlo en el futuro a través de un curso de acción claramente definido. Puede ser prudente ofrecer una segunda opinión o la opción de transferir la atención a otro médico si la relación con el paciente no parece ser viable por más tiempo.
- Reunirse, de ser necesario, con pacientes o sus familiares oportunamente después del evento, especialmente si es serio, puede ayudar a evitar sospecha de encubrimiento. Aunque es preocupante para los clínicos, la presencia de abogados, si es deseado por el paciente o la familia, puede llegar a asegurar que se exprese y precise todas sus preocupaciones. Una

reunión previa del staff debe asegurar que se tenga a mano toda la información relevante referente a la secuencia de eventos que llevó al resultado adverso, mutuamente comprendido y presentado tan clara y abiertamente como sea posible

- Será importante también decir, si hubiera algo, que se evitará en el futuro la ocurrencia de tales errores. Pacientes y familiares pueden aceptar lo ocurrido si ellos pueden ser reasegurados de que la atención médica mejorará en el futuro.
- Cuando un médico es testigo de errores cometidos por colegas, tiene la obligación ética sino legal, de actuar. Dependiendo de las circunstancias y la magnitud del error, las opciones van desde alentar la discusión con el director de la unidad, hasta con representantes de sociedades, etc.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley General de Salud (N° 26842), vigente desde julio de 1997, establece en su artículo 4to: “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo, o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiera o estuviera impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y el establecimiento de salud, en su caso.

En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido”.

Pese a la vigencia de esta norma, en el presente estudio, la mayoría de internos (96%) no mencionó el consentimiento informado como parte de la información, y sólo lo hace el 25% al referirse a los aspectos éticos.

Respecto al consentimiento informado, Diego Gracia dice: “El descubrimiento de estos últimos años es que los seres humanos tenemos otro derecho civil y político relacionado con la salud, además del ya citado derecho a la integridad física. Se trata del derecho al consentimiento informado” (23).

Sánchez conceptúa el consentimiento informado como un nuevo ideal de relación médico paciente, y dice: “todo esto, lejos de constituir una molestia o una amenaza para el profesional de la salud, puede ser visto como la oportunidad para una relación más plena con nuestros enfermos. Y como la posibilidad de satisfacer uno de los derechos más específicos de la persona humana: el derecho a saber y a decidir” (24).

Simón ubica los inicios del consentimiento de los pacientes, en la práctica asistencial, en el ámbito judicial norteamericano; y, en investigación, en el Código de Nuremberg. El consentimiento informado toma cuerpo definitivo, según el autor, en la segunda mitad del siglo XX: “En 1957 el caso norteamericano *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* utiliza por primera vez esta expresión, que aún como inseparables dos ideas que hasta entonces no habían evolucionado interconectadamente, al menos de forma explícita (...) Un segundo factor decisivo fue la promulgación en 1973 por la Asociación Americana de Hospitales, de la primera Carta de Derechos de los Pacientes (...) Un tercer factor importante es el desarrollo a partir de 1970 de una disciplina que llamamos bioética” (25).

Respecto a la realidad de la medicina norteamericana el mismo autor dice: “Para una parte del colectivo médico americano, el consentimiento informado forma parte de una nueva cultura ética más participativa, donde las personas establecen con mayor libertad sus planes de vida y de futuro, aunque ello vuelva las relaciones sanitarias más complicadas y conflictivas. El consentimiento informado es para ellos un proceso dialógico con contenidos éticos que superan con creces los meros requisitos legales”. Señala los siguientes elementos básicos del consentimiento informado: 1) es un proceso y no un acontecimiento aislado en el seno de la relación sanitario-usuario; 2) voluntariedad; 3) información en cantidad suficiente; 4) comprensibilidad de la información; 5) capacidad o competencia del sujeto; 6) decisión.

Las características del proceso es explicado por Lidz y colaboradores: “la puesta en práctica típica del consentimiento informado, reforzada por una visión estrecha de la doctrina legal, se centra exclusivamente en la exposición de la información en un momento concreto; es lo que hemos denominado el modelo puntual. Esta forma de presentar la información es con frecuencia demasiado compleja para ser comprendida por el paciente si no va acompañada de reflexión y diálogo, y frecuentemente constituye un intento de ajustarse formalmente a la ley en vez de buscar la colaboración real del paciente. Hemos insistido en que una puesta en práctica más efectiva de la doctrina del consentimiento informado requiere de su integración dentro del proceso de toma de decisiones, lo que requiere tiempo. El proceso resultante no es una imposición legal arbitraria sobre

la actividad clínica, ni tampoco una transmisión repetitiva de información que el paciente no puede entender” (26).

Hoy en día, la toma de decisión implica no sólo información sino también compartir la responsabilidad. Respecto a la disposición favorable de los pacientes para asumir responsabilidad en la toma de decisión, Coulter señala que muchos de ellos tienen fuertes preferencias de tratamiento no siempre predecibles, y a menudo los médicos fallan en comprenderlos; y algunos pacientes pueden no querer asumir un rol activo forzado o aceptarlos. Las personas jóvenes tienden a ser más críticas del paternalismo médico y es más probable que esperen una participación activa en la decisión sobre su tratamiento, pero algunos pacientes mayores y aquellos con enfermedades serias prefieren declinar la decisión a favor del médico, quizás porque ello les permite evitar la responsabilidad de consecuencias de *malas decisiones*. Considera que sería importante hallar formas de ofrecer la participación a enfermos sin imponer una carga no deseada en ellos (27).

Elwyn y colaboradores comentan que compartir decisiones implica compartir la incertidumbre acerca del resultado del proceso médico, y exponerlos al hecho de que a menudo no se cuentan con datos o éstos son desconocidos; esto puede causar ansiedad tanto al paciente como al clínico. El movimiento hacia un mayor compromiso del paciente dependerá tanto de habilidades como de actitudes de parte de los profesionales (28).

Towle y Godolphin plantean una estructura para enseñanza aprendizaje de la toma de decisión informada y compartida (29):

- Establecer una relación de compañerismo con el paciente y ésta: a) implica responsabilidad mutua; b) necesita de discusión explícita acerca de la relación; c) es dinámico y se adapta a las circunstancias cambiantes de ambas partes; d) puede iniciarse en cualquier momento pero tarda en establecerse; e) es clave para las demás competencias de decisión informada y compartida.
- Establecer o revisar las preferencias del paciente respecto a información, p. e., cantidad y contenido; y su rol en la toma de decisión
- Averiguar y responder a ideas, preocupaciones y expectativas del paciente
- Identificar opciones y evaluar evidencia de la investigación en relación al paciente individual

- Presentar la evidencia, tomando en cuenta los pasos previos, y ayudar al paciente a reflexionar y evaluar el impacto de decisiones alternativas sobre sus valores y estilo de vida
- Tomar o negociar una decisión y manejo de conflicto
- Acordar un plan de acción y completar los arreglos para el seguimiento

Sabemos que en nuestro país hay una incipiente incorporación de la obtención del consentimiento informado en la práctica clínica. Su enseñanza en los cursos de ética debe reforzarse, no para cumplir una norma legal, sino fundamentalmente porque se trata de una forma ética de relacionarnos con nuestros pacientes.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La atención de la salud es proporcionada a través de la relación médico paciente. La Association of American Medical College enfatiza la importancia de esa relación en un informe sobre comunicación médica: “pese a los notables cambios acontecidos en medicina, no ha cambiado el hecho de que la habilidad clínica básica sigue siendo la relación personal” (30). Es más, el American Healthways Inc., en un documento sobre la relación médico paciente ideal para el siglo 21 dice que ese hecho es probable que continúe siendo cierto en un futuro previsible. Éste documento identifica siete elementos esenciales para la relación: 1) comunicación; 2) experiencia en atención ambulatoria; 3) experiencia en hospitalización; 4) educación; 5) integración; 6) toma de decisión; 7) resultado de salud (31).

La relación médico paciente es el centro de la medicina, “una empresa moral cimentada en un pacto de confianza” (32).

Modelos de relación médico paciente. Emanuel y Emanuel, ante la polémica sobre el papel del paciente en la toma de decisión médica, marcado por conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico, esbozan cuatro modelos de relación: 1) paternalista; 2) informativo; 3) interpretativo; 4) deliberativo. Los autores concluyen que el modelo informativo ha llegado a dominar los criterios bioéticos y legales. Este modelo encarna una concepción defectuosa de la autonomía del paciente y reduce el papel del médico al de un técnico. La esencia de la actividad médica es generar conocimiento, comprensión, enseñanza y actuaciones en la cual un médico humanista integra la condición médica del paciente y los valores relacionados con la salud, hace una recomendación sobre el curso de acción apropiado y trata de persuadir al

paciente de esta forma de actuar y de los valores que lleva a cabo. El médico con una actitud humanista es el ideal plasmado en el modelo deliberativo, el ideal que debería servir de ejemplo a las leyes y políticas que regulan la interacción médico-paciente (33).

Estudios empíricos. Barry y colaboradores llevaron a cabo un estudio de casos sobre agenda del paciente antes de la consulta, para evaluar qué aspectos de la misma no fueron verbalizados y su efecto en el resultado de salud. Los autores hallaron que el pobre resultado de salud se relacionó con puntos de la agenda no verbalizados. Esto sugiere que se puede efectuar una mejor atención de salud, cuando se articula mejor las necesidades de los pacientes en la consulta (34).

Kravitz y colaboradores llevaron a cabo un estudio sobre frecuencia y fuentes de expectativas no satisfechas de pacientes en su atención de salud. Dicen los autores: “Cada paciente llega a la consulta del médico con un conjunto único de vulnerabilidades percibidas, experiencias pasadas e información. Estos antecedentes influyen en la interpretación de síntomas y lleva a la formulación de una respuesta esperada de parte del médico. Esta respuesta luego es evaluada a la luz de las expectativas del paciente. Para muchos pacientes fueron especialmente prominentes tres dimensiones del síntoma (duración y falta de alivio de síntomas, deterioro funcional y la severidad percibida de los síntomas). La inatención a estas dimensiones puede o no haber afectado la habilidad de los médicos para llegar al diagnóstico biomédico correcto, pero con seguridad limitó su habilidad para comunicar sentimientos de interés y comprensión” (35).

Los datos de los citados autores: “ilustran la ya conocida brecha entre el foco del clínico sobre la enfermedad objetiva y la experiencia subjetiva de enfermedad del paciente. Los pacientes que se consideraron a si mismos como en riesgo de enfermedades específicas tienden a tener expectativas más amplias respecto a la historia clínica, examen físico, pruebas diagnósticas y tratamiento. Debido a que los pacientes a menudo no verbalizan tales expectativas, a menos que se les pregunte, los médicos pueden hallarse discutiendo ellos mismos con sus pacientes respecto a una estrategia clínica particular, cuando la diferencia fundamental reside en la evaluación del riesgo. Nuestros datos sugieren que una de las influencias más potentes sobre las expectativas del paciente son los propios médicos. Éstos pueden promover expectativas inapropiadas indicando exámenes y tratamientos de eficacia no comprobada, proporcionando información como sentencias médicas autoritarias, indicándolos sin discusión ante solicitudes impropias de pacientes”

OTRAS RELACIONES

En el presente estudio otras relaciones se refieren a aquella entre médicos. La interpretación del por qué de la alta frecuencia de la no mención a ella es que, a excepción del caso N° 2, varón de 27 años operado de apendicitis aguda que hace cuadro infeccioso en el post-operatorio, los restantes casos no plantearon problemas en ese aspecto. Sin embargo, hoy en día es cada vez más frecuente la participación de varios clínicos en la atención del paciente. Los códigos de deontología del colegio médico, a nivel internacional, contemplan los deberes de los colegiados de trabajar juntos para atender los intereses de los pacientes.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Otro tema que surgió en nuestro estudio es el referido al esfuerzo terapéutico (caso N° 3, lactante de 8 meses de edad desnutrida, con cuadro diarreico que la lleva a deshidratación). Al respecto, consideramos importante citar a Twycross: “un médico no está obligado, ni legal ni éticamente a preservar la vida *a toda costa*. La vida debe ser sostenida cuando desde el punto de vista biológico es sostenible. Las prioridades cambian cuando un paciente está claramente muriendo; no hay obligación de emplear tratamientos cuando su utilización puede ser descrita –en el mejor de los casos- como una prolongación del proceso de morir. Un médico no tiene ni el deber ni el derecho de prescribir la prolongación de la muerte” (36).

ÉTICA DEL EXAMEN DE PARTES ÍNTIMAS

En Londres, Coldicott y colaboradores llevaron a cabo una encuesta en estudiantes de una escuela de medicina. Los autores hallaron que el examen de partes íntimas se había llevado a cabo en el 2do y 3er año, en situaciones que ellos consideraron perturbadores; y, una cuarta parte de los exámenes en pacientes anestesiados o sedados, al parecer, no tuvieron adecuado consentimiento de los pacientes. El estudio sugiere que faltó la confianza y el respeto al paciente en la experiencia de aprendizaje de los estudiantes para examinar partes íntimas del cuerpo. Señalan que las escuelas de medicina tienen el deber de brindar programas de formación ética que permitan desarrollar habilidades clínicas aceptables por parte de los pacientes voluntarios, quienes constituyen parte esencial de la educación médica (37).

CONCLUSIONES

1. El 97.4% de los internos no señaló explícitamente veracidad en la información al paciente y la familia.
2. El 96.4% de los internos no menciona el Consentimiento Informado como parte del proceso de información al paciente y/o familia.
3. El 91,9% de los internos no menciona la importancia de la relación médico/paciente.

RECOMENDACIONES

1. Proponer el método del cifrado cualitativo en la evaluación del aprendizaje de la ética.
2. Incluir en el examen de aptitud profesional uno o dos casos en los que se plantee claramente un problema ético.
3. Incluir en el curso de Bioética, de manera explícita los temas de:
 - Veracidad de la información al paciente y la familia
 - El Consentimiento Informado como proceso y no como un documento a firmar
 - Las nuevas formas de relación médico/paciente
 - Normas para el examen físico de las partes íntimas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Edit. Buho. Bogotá, 2000
2. Pellegrino E. Medical ethics, education and the physician's image. *JAMA*, 1976; 235, (10):1043-44.
3. Sánchez M.A. Las interrogantes fundamentales en la enseñanza de la bioética: la experiencia de la Universidad Complutense. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 1977; I (4):15.
4. Musick D.W. Teaching medical ethics: a review of the literature from North American medical schools, with emphasis in education. *Med Health Care Philos*, 1999; 2(3): 239-54.
5. Siqueira J.E. (1) ensino da ética no curso de Medicina: a experiencia da Universidade Estadual de Londrina (VEL). *Bioética*, 2002; 10 (1):85-95
6. Rubio M. Ideas sobre qué es aprender (y enseñar). *Derecho en un pregrado*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 2001: 83-86.
7. Venturelli J. Educación Médica: nuevos enfoques, metas y métodos. *OPS* 1997:155-79.
8. Mc Neally M., Singer Meter A. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting. *CMAJ*, 2001:164(8):1163-67
9. Roberts J.G., Norman G. Reliability learning from the objective structured clinical examination. *Medical Education* 1990; 24:211-223.
10. Malek J., Geller G., Teaching medical ethics. *The Journal of Medical Ethics*, 1998;24:188-192
11. Bustios C. Comunicación personal (2003).
12. Escuela Académica Profesional de Medicina Humana. Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1990. Currículum de estudios (mimeografiado).
13. Canales I. Evaluación educativa. Facultad de Educación, U.N.M.S.M., Programa de profesionalización docente; 1997; 207-228.
14. Huijter M, Van Leeuwen E, Boenink A y Kimsma G. Medical Students' Cases as an Empirical Basis for Teaching Clinical Ethics. *Acad Med*, 2000; 75:834-839
15. Taboada P. El derecho de morir con dignidad. *Acta Bioética*, 2000; VI (1): 91-101
16. De Simone GG. El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamiento ético. *Acta Bioética*, 2000; VI(1): 49-62
17. Randall F y Downie RS. Giving information, cap 5 *En Palliative Care Ethics. A Good Companion*. Oxford Medical Publications. Oxford, 1998
18. Kirk P, Kirk I y Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their family want to be told. A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38103.423576.55 (published 19 May 2004)
19. Taboada P y Bruera E. Ethical decision making on communication in palliative cancer care: a personalist approach. *Support Care Cancer*, 2001; 9: 335-343
20. Wu AW, Folkman S y McPee SJ. Do house officers learn from their mistakes. *JAMA*, 1991; 265:2089-94
21. American College of Physicians. Manual de Ética. Cuarta edición
22. Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical errors. *CMAJ*, 2001; 164(4):509-13
23. Gracia D. La práctica de la medicina. En *Bioética para clínicos*, Azucena Couceiro (ed). Editorial Tricastela. Madrid, 1999
24. Sánchez MA. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, 1996 (2): 79-92

25. Simón P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. En *Bioética para clínicos*. Azucena Couceiro (ed). Editorial Tricastela. Madrid, 1999
26. Lidz ChW, Appelbaum PS y Meisel A. Dos modelos para la aplicación del consentimiento informado. En *Bioética para clínicos*. Azucena Couceiro (ed). Editorial Tricastela. Madrid, 1999
27. Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown-up and there's not going back. *BMJ*, 1999; 319:719-20
28. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R y Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*, 1999; 319:753-6
29. Towle A y Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 1999; 319: 766-71
30. Association of American Medical College. Report III. Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Medical School Objective Project. October 1999
31. American Healthways Inc., Johns Hopkins. Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century. 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit. October 30-November 2, 2003, Phoenix, Arizona
32. Glass R. The Patient Physician Relationship *JAMA* Focuses on the Center of Medicine (Editorial). *JAMA*, 1996; 275(2): 147-148
33. Emanuel EJ y Emanuel LL. Cuatro modelos de relación médico paciente. En *Bioética para clínicos*. Azucena Couceiro (ed). Editorial Tricastela. Madrid, 1999
34. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA y Barber N. Patients unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*, 2000; 320: 1246-50
35. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M y Lewis Ch. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med.*, 1996; 125(9): 730-737
36. Twycross R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. *Acta Bioética*, 2000; año VI, nº 1: 29-46
37. Coldicott Y, Pope C y Roberts C. The ethics of intimate examinations –teaching tomorrow doctors. *Education and Debate*. *BMJ*, 2003; 326:97-99

ANEXO N° 1

Caso N° 1: mujer de 77 años en insuficiencia cardiaca descompensada, de mal pronóstico. Reingresa de emergencia por ANGOR 8/10 y ortopnea. Horas antes fue atendida de emergencia por dolor precordial de 8/10 irradiado a la espalda con disnea, siendo nebulizada y enviada a casa. Antecedentes: hace 7 años hipertensión arterial en tratamiento con Nifedipino; y diabetes mellitas tipo 2 en tratamiento con Glidabet. Hace un mes mordedura de perro en pierna izquierda. Al examen físico PA 120/80, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, y disminución de la temperatura corporal. MEG, MEN, REM, despierta, disneica, con vía periférica y oxígeno; edema de miembros inferiores con lesión en cara anterior de pierna izquierda. Ingurgitación yugular a 45°; crepitantes y sub-crepitantes en los 2/3 inferiores y sibilantes difusos en ambos campos pulmonares. Dolorabilidad difusa del abdomen.

Caso N° 2: varón de 37 años operado de apendicitis aguda que hace cuadro infeccioso en el post-operatorio. Luego de la intervención el dolor persiste con mayor intensidad. Se agrega malestar general, sensación febril y tinte amarillo de los ojos, por lo que acude de emergencia al HNAL. Antecedente de colecistectomía hace un año atrás. Al examen físico: ictericia, abdomen globuloso y en hemi-abdomen inferior resistencia de pared con dolor de rebote positivo en ambas fosas iliacas, a predominio izquierdo, matidez en hipogastrio, se palpa hígado a dos tras veces debajo del reborde costal derecho, no se puede realizar palpación profunda por dolor. Puño percusión lumbar negativa, puntos uretrales superior y medio positivo. Tacto rectal positivo a sangrado y presencia de paquetes hemorroidales

Caso N° 3: lactante desnutrida hace cuadro diarreico que evoluciona a deshidratación severa. Inicia su enfermedad con proceso respiratorio, se agrega diarrea con pujo, moco y sangre. Inician tratamiento antibiótico pero se suspende a los pocos días por agravar la diarrea. Dos días antes de su ingreso decaimiento marcado, somnolencia, llanto continuo e hipertermia. Nacida a término en parto domiciliario. Lactancia materna por 12 días e inicia ablactancia a los 3 meses. Al mes de edad diagnosticada de malnutrición. Familia de precaria condición económica. Al examen físico en mal estado general, de nutrición e hidratación, soñolienta, hipo-activa con signos de deshidratación severa. Evolución desfavorable.

Caso N° 4: mujer de 35 años con cuadro de enfermedad infecciosa pélvica. Conviviente, madre de cinco hijos. Inicia su enfermedad hace un mes con sangrado vaginal, seguido de dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbar y se acentúa con el acto sexual; náuseas y vómitos. Viene a consulta por aumento del dolor. Hace 7 años utiliza Depoprovera. Antecedente familiar de TBC: padre falleció con la enfermedad y un hijo en tratamiento. Al examen físico febril, puntos reno-uretrales positivos. En el examen ginecológico dolor a la movilización de cerviz, útero y anexos

Caso N° 5: ictericia neonatal. Recién nacido de 2 días de edad que hace ictericia antes de las 24 horas de vida. El parto fue a término, eutósico, con buen APGAR. Pesó 3500 gramos, midió 50 cm., PC 34 cm. Pasó a puerperio inmediato e inicia lactancia materna. Madre de 23 años, casada, con instrucción superior, madre de dos hijos sanos. Hizo infección urinaria en el 3er trimestre y recibió nitrofurantoina. Grupo sanguíneo de la madre es O+ y del padre A+. El examen físico es normal excepto la ictericia.

Caso N° 6: hemorragia del tercer trimestre del embarazo. Mujer de 23 años de edad que ingresa por hemorragia en su 3er trimestre del embarazo. Tuvo cinco controles prenatales sin evidencia de embarazo de alto riesgo excepto infección urinaria hace 2 meses atrás tratada con cefalexina/7 días. Antecedente obstétrico de parto hace 7 años, a término con neonato vivo de 2150 gramos. Uso de método anticonceptivo tipo píldora hasta febrero en que salió embarazada. Al examen físico muestra altura uterina de 29 cm., feto en cefálica izquierda con buenas funciones vitales.

Caso N° 7: hipertensión arterial estadio 2. Varón de 66 años que consulta por fatiga ante moderado esfuerzo. Antecedente de dolor torácico opresivo al enterarse de la muerte de un familiar. Luego, durante su estancia en Huaraz vuelve a presentar el mismo dolor y disnea, esto motiva su retorno a Lima. Hace un año atrás el EKG reveló extrasístoles aisladas por lo que le indicaron Holtter pero no se lo hizo. El examen físico es normal excepto leve crecimiento de la próstata. En consulta a cardiología descartan cardiopatía actual y diagnostican hipertensión arterial estadio 2.

Caso N° 8: ictericia obstructiva. Varón de 41 años consulta por episodios periódicos de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho acompañado de náuseas post prandial, especialmente por comida rica en grasa. Tiempo de enfermedad 2 años pero intensificados en los últimos meses. Hace dos días los cólicos no calman con antiespasmódicos y se agrega vómitos biliosos. Al día siguiente orina colúrica y tinte icterico de escleras motivan su hospitalización para estudio. Como antecedente, hace 10 años trabaja en camal donde benefician ganado. Cría cuatro perros. Hace cuatro meses estuvo de viaje por la selva. Al examen físico dolor en hipocondrio derecho, Murphy (-), se palpa masa ovoide de 6 x 3 cm., pérdida de matidez hepática. Resto del examen es normal excepto hemorroides internas II. Al tercer día de hospitalización aumenta la ictericia y el dolor, agregándose fiebre y escalofríos.

Anexo N° 2

	Descripción		
	Pobre	Regular	Buena
7. Manejo de la información			
1. ¿Es veraz? (verdad en las cosas que se dice, no oculta información, sinceridad)	1	2	3
2. ¿Es oportuna? (conveniencia de tiempo y lugar)	1	2	3
3. ¿Qué informar? (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)	1	2	3
4. ¿A quién informar? (paciente, familia)	1	2	3
5. ¿Cómo informar? (información relevante, lenguaje sencillo, no dar falsas expectativas, con mucho cuidado, cautela, prudencia)	1	2	3
6. Consentimiento informado	1	2	3
8. Aspectos éticos a tomar en consideración			
1. ¿Información, veraz y oportuna; qué, cómo y a quién informa?	1	2	3
2. Consentimiento informado (información, voluntariedad, competencia)	1	2	3
3. Fundamento ético	1	2	3
4. Uso de vocabulario bioético	1	2	3
5. Relación médico paciente	1	2	3
6. Relación con colegas/otros profesionales	1	2	3