

Evaluación de seminarios de ética médica en internos de medicina

JOSÉ VÉLIZ-MÁRQUEZ

RESUMEN

Introducción: Propiciar las mejores actitudes éticas como uno de los principales objetivos del Colegio Médico del Perú, las dificultades propias de la enseñanza de la ética médica, al lado de la experiencia del autor, colocaron en primer plano la necesidad de evaluar los eventos educativos empleados en los cursos que sobre el aludido tema se organizaba, uno de los cuales, el seminario, parecía ser el más adecuado. **Objetivo:** Evaluar dos seminarios realizados en internos de medicina, tanto en sus contenidos como, indirectamente, en las actitudes. **Sujetos y métodos:** Se convocaron ciento catorce internos de medicina de hospitales militarizados, en dos seminarios, aunque para efecto del presente reporte, se consideran como un solo grupo. Se utilizaron separatas, exposiciones, diálogo, discusión de casos y evaluación pretest-postest así como una Encuesta anónima y en lo estadístico, la correlación Pearson para los puntajes antes y después del evento, y la t pareada para la comparación de promedios. **Resultados:** La correlación pretest-postest fue estadísticamente significativa ($O,249, p < 0,05$) y la comparación de promedios por medio de la t pareada alcanzó 11,51 ($p < 0,005$), comprobando que hubo incremento de conocimientos y habilidades. La Encuesta anónima encontró indicios de cambio actitudinal como el afirmar que habían mejorado en sus concepciones morales (73%) y que la experiencia les sería útil para el futuro (72%). **Conclusiones:** 1) Los seminarios con casuística, son aceptados y dan buenos resultados. 2) Las mejores opiniones fueron a favor de las exposiciones, el diálogo, la discusión de casos, y el pre y postest. 3) Resumir o realizar otras lecturas resultó poco útil. 4) No entregar oportunamente las separatas a los internos, incompleta calificación de las intervenciones de los mismos y la sobrecarga laboral que confrontaban, conspiraron en contra de mejores logros.

Palabras claves: Ética médica. Seminarios evaluación. Ética enseñanza.

INTRODUCCIÓN

Siempre ha sido y es preocupación del Colegio Médico del Perú (CMP) y en particular del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional (CVED-CN) el cómo prevenir las transgresiones éticas de los médicos.

Una de las estrategias utilizadas por el CMP en estos menesteres, es la educación continua, pero ¿es posible enseñar o educar adultos en aspectos morales?; la preocupación no es reciente, hace 25 siglos Sócrates se preguntaba reiteradamente “¿puede enseñarse la virtud?”. Marañón negó tal posibilidad afirmando que la vocación lleva inmanente los valores morales necesarios para ejercer la medicina, él decía: “la éti-

ca profesional brota, como una flor espontánea, de la vocación” y que poco añadiría la formación universitaria. Gracia⁽¹⁾, está de acuerdo con ésta aseveración aunque cree que un cambio actitudinal secundario es posible, “indirectamente, a través de la formación de habilidades y conocimientos”.

Los métodos para la enseñanza de la ética médica y bioética, han sido estudiados en otros países, así por ejemplo, Hanson⁽²⁾, comentaba que se había propuesto desde discusión de casos en pequeños grupos, hasta conferencias dentro de una red de computadoras; asimismo, informaba que un estudio en EE.UU. había identificado varias barreras que impedían una exitosa educación ética: el tiempo (51%), a menudo acompañado de fatiga, las actitudes (33%), problemas logísticos (25%), demandas de tiempo de los profesores (19%), deficiente formación de los docentes (13%) y algo desconcertante era el escaso interés de otras facultades y los modelos de conducta contradictorios (14%).

Miembro del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú (CMP). CMP. Malecón Armendáriz 791, Miraflores. Teléfono 2417572. E-mail: jovem@upch.edu.pe

Mientras tanto el análisis de casos se constituía en una de las mejores alternativas, tanto en investigación como en educación bioética. Arras⁽³⁾, comentando el libro "The abuse of casuistry" de A. Jonsen, y S. Toulmin, establecía algunas características de la moderna casuística: prioridad asignada a la interpretación y razonamiento analógico del caso, antes que teorización abstracta, semejanza con las tradiciones de la administración legal anglosajona y apertura de sus principios; añadiendo que la casuística antes que atórica es de una "teoría modesta", lo que permitiría encontrar interpretaciones profundas de nuestras prácticas sociales e institucionales, y por lo tanto fuente de consenso social ante interrogantes bioéticos controversiales; contrariamente, el convencionalismo del método, erige dudas respecto a su habilidad para criticar normas basadas en el consenso social y su énfasis en el razonamiento dialógico podría reforzar el individualismo. En todo caso el autor cree que la casuística es una buena alternativa al modelo de ética aplicada, es decir, a la consideración ritualística de los cuatro principios bioéticos; concluye recomendando usar casos reales, bien detallados y comprensibles, secuencias complejas de casos y reforzamiento del diagnóstico moral siendo consciente de las limitaciones del método.

El bioeticista A.R. Jonsen⁽⁴⁾, opina que la bioética se ha ido acercando al análisis de los problemas morales de los casos particulares, a pesar de que el "moralismo americano", basado en las reformas religiosas propuestas por Jansenio (Teólogo holandés 1585-1638) y Calvino (sacerdote reformador francés 1509-1564), caracterizado por principios absolutos y claros, estimuló desde el inicio al movimiento bioeticista.

Como quiera que todo evento educativo se debe relacionar con los objetivos que se propongan, es bueno conocer la opinión de los autores sobre éstos, así por ejemplo Thronton, Callahan y Lindeman⁽⁵⁾, comentan que desde 1980 en EE.UU. ya se había establecido los siguientes objetivos de la educación bioética: estimular la imaginación moral, reconocer los problemas éticos, desarrollar herramientas de análisis así como un sentido de obligación moral y responsabilidad personal y por último tolerar el desacuerdo y la ambigüedad.

Forrow y col.⁽⁶⁾, respecto a la enseñanza de la ética clínica a residentes, señalan cuatro aspectos de competencia profesional útiles para la planificación curricular: 1) reconocer asuntos éticos tal como surgen en la clínica e identificar valores ocultos y conflictos negados, 2) pensar clara y críticamente sobre ellos de modo que nos lleve a un curso de acción éticamente justificable, 3) aplicar aquellas habilidades prácticas necesarias para igual fin y 4) juzgar cuándo el manejo de una situación clínica requiere consultar con individuos o ins-

tituciones con adicional experticia o autoridad, todo lo cual puede ser acompañado de un relativamente modesto énfasis en los aspectos teóricos.

La evaluación, asunto difícil, ha devenido en la elaboración de instrumentos como el de la Universidad de Toronto⁽⁷⁾, que mide el número de asuntos éticos identificados en viñetas. Otros⁽⁸⁾ han evaluado los cambios en el razonamiento moral usando instrumentos como el de Kohlberg, también cuestionarios escritos y exámenes objetivos estructurados⁽⁹⁾ o estudios cualitativos con ayuda de viñetas⁽¹⁰⁾.

En resumen, podríamos decir que existen dos grandes modelos de enseñanza de la ética médica: el más frecuentemente usado, que consiste en impartir al inicio conceptos teóricos fundamentales y principios (ética fundamental) y posteriormente aspectos de aplicación a distintos problemas clínicos, método compatible con las ideas filosóficas europeas. El segundo, llamado *case centered*, es más propio de la escuela anglosajona y similar a su sistema judicial jurisprudencial o de la *common law*. El primero es deductivo principialista y puede establecer sesgos o impedir el enriquecimiento que proporciona los casos particulares; por su lado el casuismo es inductivo, no establece principios previos, sino los deduce, pero su aplicación es difícil, puede quedar sólo en el consenso y refuerza el individualismo, entre otras desventajas.

Así pues creemos, con Sánchez⁽¹¹⁾, que una combinación ponderada y de secuencia inductivo-deductiva puede brindar mejores resultados. Últimas experiencias docentes en la Facultad de Medicina de la USMP (Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú) comprobarían esta situación⁽¹¹⁾, pero en este campo hay que diferenciar claramente la evaluación de los contenidos de la de los métodos.

ANTECEDENTES

Cuando en 1998 se me encargó la coordinación general de los cursos de ética del CMP, propuse un Programa de Capacitación en Ética Médica para internos de medicina⁽¹²⁾. El primer curso, utilizado como piloto y con metodología expositiva, se realizó para 30 internos del Hospital E. Rebagliati del 12 al 14 de septiembre de 1998, en el que se reclamó mayor participación a través de la discusión de casos, lo que nos hizo pensar que, como en otros cursos, los seminario-talleres podían dar mejores resultados, organizándose dos, sobre los que se informa en el presente trabajo.

Por entonces, el número de internos, según información de los laboratorios Magma, era de 830 distribuidos en 18 centros hospitalarios, de los que 117 (14%), participaron en los seminarios.



OBJETIVOS

General

- Evaluar dos seminarios-talleres con discusión de casos en la capacitación en ética médica, en internos de medicina de 3 hospitales militarizados de Lima.

Específicos

- Evaluar si existe correlación y diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes pretest y posttest (conocimientos y habilidades).
- Evaluar las actitudes de los alumnos a través de sus opiniones sobre los métodos, docentes y sobre ellos mismos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Las características observadas en los internos, como paso previo al diseño del programa, fueron:

Factores conductuales observados (conductas en exceso, en defecto o débiles)

Los sistemas de atención hospitalaria descargan toda la tarea de elaboración de historias clínicas en el interno, privilegiando las actitudes pragmáticas y operativas, en desmedro de las valorativas y afectivas, propiciadoras de una buena relación interno-paciente y basada en principios éticos, impidiendo así una mejor autocritica y autovaloración de sus actividades.

Factores preconductuales

El interno aparte de estar inmerso en la misma situación hospitalaria que los médicos, recibe menos apoyo económico; algunas universidades particulares cobran por la administración educativa del internado; el apoyo logístico es exiguo y muchas veces falta papel, formatos y otros insumos para elaborar una documentación completa.

Por otro lado, se trata de un grupo homogéneo con similar edad y formación profesional, en buen estado de salud física y mental y similar horario de trabajo. Como grupo procederían de la clase económica media o media alta y el apoyo económico provendría de la economía familiar.

Cada evento se realizó durante 6 días en sesiones de 3 horas cada una, uno en octubre y otro en noviembre de 1998; el primer seminario para los internos de dos hospitales de Policía, el Central y el Augusto B. Leguía, y el segundo para los del Hospital Militar; en ambos casos el horario fue de 14 a 17 horas en ambientes adecuados de las respectivas instituciones.

Debido a las similitudes demográficas, educacionales y de ideología institucional, consideramos a los 114 internos como un sólo grupo.

Quince días antes del inicio de los eventos, se dejó en manos de los respectivos jefes de internos, 20 artículos sobre los temas a tratar (un artículo para 5 alumnos), los que debían ser fotocopiados, resumidos y entregados por los internos al docente facilitador para su discusión, durante las sesiones.

Al inicio, se tomó el pretest consistente en 20 preguntas de respuestas múltiples procediendo luego, a la presentación y discusión de los resúmenes por los internos, mientras que el docente incentivaba la participación a través de preguntas y comentarios.

En la segunda parte de cada sesión, se presentaron casos de los archivos del CMP, pertinentes al tema resumido, discutiendo los problemas morales existentes, identificando los principios y normas transgredidos, teniendo en cuenta el Código de Ética del CMP y esbozando cursos de acción.

Al final se tomó el postest con preguntas sobre los mismos temas y de dificultad comparable al pretest, así como una encuesta anónima de evaluación del seminario, en la que el interno calificaba los métodos, a los docentes y a ellos mismos y que fue respondida por 86 de los 99 internos participantes.

El autor concurre a todas las sesiones de ambos eventos. Como docentes actuaron algunos miembros del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional del CMP.

El ingreso de información (insumos), se implementó al entregar separatas con antelación, sustituyendo, en parte, a las charlas. Se esperaba evitar la pérdida de información por la somnolencia que sucede en el alumno con el método expositivo, a la par que incentivar su independencia y hábito de lectura. Aquí se ponía en juego destrezas como recordar, comparar, exponer, clasificar, etc.

El procesamiento de la información (uso de conceptos y destrezas), se dio durante las presentaciones de casos, en las cuales, identificados los problemas o dilemas éticos, era necesario, utilizando la información teórica, intentar solucionar o encontrar una respuesta. En esta fase se utilizaron destrezas como interpretar, señalar posibles causas de los efectos o transgresiones, generalizar, pronosticar, comparar puntos de vista, razonar, etc.

La producción (elaboración de conclusiones, nuevo conocimiento), intentó encontrar respuestas a los problemas éticos, pero, teniendo en cuenta que en cuestiones valorativas esto es particularmente difícil, se sugirió que no siempre es posible una sola "buena" respuesta requiriéndose alternativas desde las más a las menos probables, así como de la mejor a la peor y de todas ellas elegir el curso de acción mejor o el menos malo y además factible. Así pues, aquí se utilizó el razonar, deliberar, comparar, hipotetizar, predecir, concluir, etc.



RESULTADOS

En lo que sigue se toma en cuenta sólo los 99 internos (87 %) que concluyeron los seminarios, de un total de 114 inscritos.

En relación a la entrega de resúmenes, la moda fue de 0 (32 sujetos no entregaron resumen alguno), el promedio fue de 4 por sujeto, y lo máximo (10, 11 ó 12 resúmenes), se dio sólo en 7 sujetos.

Dada la escasez de calificaciones en los protocolos que evaluaban las intervenciones de los internos no fueron tomados en consideración, pero la impresión general fue que la gran mayoría acertaba, identificando las transgresiones o problemas éticos, aunque no siempre llegaban a correlacionarlos con el artículo o título que, en los documentos normativos, tenían que ver con el problema en discusión.

De 6 sesiones en total, asistieron en promedio a 4, siendo la moda 5 asistencias (36 sujetos); sólo 14 asistieron a todas las sesiones; 83 internos (84 %) de los 99 que rindieron examen final, asistieron a 6, 5 ó 4 sesiones.

No fue posible aparear los pretest y postest (Anexo 1) de 22 sujetos, por lo que la correlación, evaluada por medio del índice de Pearson, se realizó sólo en 77 sujetos, alcanzando 0,249, mayor que la encontrada en la tabla de valores críticos (0,189 para una $p < 0,05$), significando que existe una relación directa entre las 2 pruebas. Asimismo la comparación de los promedios de nota alcanzados en el pretest (11,33) versus las del postest (14,98), evaluada por medio de la prueba t pareada, fue igual a 11,51 altamente significativa ($p < 0,005$).

La encuesta anónima de evaluación (Anexo 2), respondida por 86 internos, encontró:

En "Califique el método", señalaron como "bueno", o "muy bueno": Las exposiciones de los docentes (72%); la deliberación con los docentes (78%); la utilización de los casos (72%); la calidad del contenido de las lecturas recomendadas (70%) y la aplicación del pretest y postest (71%).

Alcanzaron porcentajes menores las actividades siguientes: los comentarios del alumno sobre los casos (64%) y sobre las lecturas (49%); las lecturas del alumno sobre el material proporcionado (43%); la elaboración de resúmenes (38%) y si realizó otras lecturas (28%).

Globalmente de 726 respuestas emitidas, 480 (66%), calificaron al método como "bueno" o "muy bueno".

En "Califique a los docentes", se tropezó con la dificultad de que varios internos, no recordaban a los 7 docentes por lo que se indicó que, en esos casos, escribieran "no recuerdo", sin calificar. Fueron excluidos los que emitieron un solo tipo de ca-

lificativo para todos los docentes. Por otro lado, los 7 fueron calificados como "buenos" o "muy buenos" por el 63 % al 75 % de los internos.

En "Califíquese usted mismo", se encontró que casi todos entendieron los conceptos emitidos por los docentes (98%) y las lecturas recomendadas (95%); aprendieron conceptos éticos durante las clases (95%) y con las lecturas (93%); mejoraron sus conocimientos sobre el tema (93%); mantuvieron la atención (89%); sentían haber mejorado sus concepciones morales (73%); y consideraron que la experiencia les será útil (72%). Veinte sujetos (23%) declararon haberse dormido, en más del 50% del tiempo empleado en las clases.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo es sólo un intento de esclarecer el desafiante problema de evaluar la enseñanza de la ética médica y bioética, no sólo en sus contenidos, sino en sus métodos, tratando de acercarnos al aspecto más difícil y controversial del desarrollo moral del estudiante. P. Singer⁽¹³⁾, recomienda no olvidar que la ética médica es "enseñada" también de manera informal a través del llamado "currículo oculto" que podría ser el aspecto más efectivo aunque el menos entendido.

Otro aspecto, ya aceptado, es la frecuente utilización de casos en la enseñanza de la ética médica con buenos resultados, no sólo en el pregrado, sino en profesionales de la salud con experiencia; un buen ejemplo lo da el reporte de Nilstun⁽¹⁴⁾, aunque la evaluación tocó sólo aspectos cognitivos (conocimientos y habilidades), que también son evaluados en nuestro caso.

La evaluación pretest-postest que hemos realizado, incluye conocimientos y habilidades, dentro del paradigma de investigación cuantitativa, en cambio, la encuesta anónima de evaluación del evento, explora, superficialmente, aspectos subjetivos, acercándonos al conocimiento de actitudes a través de la opinión de los alumnos sobre las diversas estrategias empleadas (exposición, uso de separatas, discusión de casos, etc.), así como la actuación del docente y del alumno en relación a dichas estrategias.

La correlación pretest-postest, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$), así como la comparación de promedios ($p < 0,005$), permite afirmar que el incremento de conocimientos y habilidades exploradas no depende del azar, sino de la situación pedagógica es decir, por lo menos en parte, del tipo de evento empleado.

En lo que se refiere a la encuesta, en el acápite "Califique el método", se constató que entre 71% y 78% calificaron como "bueno" o "muy bueno", las actividades que dependían más del docente que del alumno (exposición, diálogo, casos, contenidos, pretest, postest), mientras que los porcentajes menores



(de 28 a 49 %), dependían más de las actividades del discente (comentar las lecturas, leer, resumir). De 99 sujetos que concluyeron el seminario, 32 no presentaron resumen alguno y 4 (de un total de 20) fue el promedio por alumno de resúmenes entregados. La esperada mayor nota en quienes tenían un mayor número de resúmenes, no se comprueba ya que el promedio de la nota del postest (14,96) de los 32 que no entregaron resumen alguno es mayor que la de los 39 que entregaron entre 1 a 6 resúmenes por alumno (14,66) y similar a los 28 que entregaron 7 a 11 resúmenes (15,07). Por otro lado, la evaluación, en éste acápite, privilegia y sobredimensiona la lectura, soslayando otras actividades en relación con la interacción docente-alumno, tan importante en la formación de los valores, enfatizando la evaluación de las actitudes autodidácticas.

La calificación de los 7 docentes, ("Califique a los docentes") fue "buena" o "muy buena", en opinión del 63% al 75% de los internos. Aquí también no se considera actividades importantes como la absolución de preguntas o las evaluaciones directas que realizan los docentes, en parte, como ya se dijo, porque los docentes no llenaron el formato de evaluación respectivo.

La auto calificación del alumno ("Califíquese usted mismo"), asigna porcentajes sorprendentemente altos al entendimiento y aprendizaje de conceptos valorativos (93% a 98%) a través de los docentes y lecturas, (Habrían más escuchado y leído, que resumido). El que el 89% de los sujetos mantuvieran su atención durante las sesiones, está también a favor del método, sin embargo no debe olvidarse que las auto calificaciones incorporan el deseo, más o menos conciente, de presentar una imagen socialmente aceptable, antes que la realidad de la situación.

Como vemos las opiniones de los alumnos fueron bastante positivas respecto a métodos y docentes, pero mejor aún, respecto a los resultados alcanzados en ellos mismos; esto permite deducir que, globalmente, existen actitudes de aceptación, por lo menos de la mayoría, respecto a las estrategias empleadas. Si además 73% declaró haber mejorado en sus concepciones morales, y 72% que la experiencia les será útil para el futuro, se podría concluir que existen indicios cualitativos de un cambio actitudinal positivo, hipótesis que deberá comprobarse, si quisiéramos, como es la aspiración de la mayoría de los docentes, que nuestros médicos sean mejores en el aspecto axiológico. Sería interesante por ejemplo comparar qué ha sucedido en la conducta moral de estos internos, comparándola con otros que no participaron en los seminarios.

En lo administrativo, los artículos a ser leídos no llegaron a tiempo a todos los internos, al parecer resultado de utilizar un intermediario (el coordinador de internos de cada sede).

Como era de esperar, el número de internos se fue reduciendo de un total inicial de 114 internos, 109 rindieron el

pretest y 99 el postest; las tardanzas y faltas fueron muy frecuentes, sólo 8 internos asistieron a todas las sesiones y el promedio fue de 4 sesiones por interno, todo lo cual se debió, según ellos, a las ineludibles exigencias laborales (guardias, pacientes de reciente ingreso, etc.).

Aunque el costo de los seminarios fue asumido por el coordinador y docentes en lo referente a fotocopias, tiempo, labor profesional, movilidad, alimentación y otros, sin embargo, la tarea fue para todos nosotros, satisfactoria.

En el futuro, considerando los objetivos educacionales, se deberá mantener y reforzar los aspectos que dieron mejor resultado como la exposición y diálogo con los docentes, la toma de pre y postest, la lectura y discusión de casos, y las lecturas recomendadas, obviando o reduciendo la confección de resúmenes y realizar otras lecturas, por no haber probado eficacia.

Por último, no olvidemos que los factores conductuales observados y los preconductuales (en parte supuestos), es probable hayan influido en los resultados, por ejemplo, las limitaciones del tiempo del interno y la falta de colaboración del coordinador de sede, al no entregar oportunamente las separatas, habría propiciado inasistencias y escasa productividad de resúmenes; todo lo que, sin embargo, no impidió el aprendizaje y notas aprobatorias.

Así pues, lo que podría suponerse como dependencia psicológica de los internos al calificar mejor las actividades que dependen del docente, en desmedro de las que dependían de ellos, podría ser sólo efecto del contexto de sobrecarga laboral y obligada priorización a favor de la actividad clínica, antes que a características negativas que suelen atribuirse a nuestros estudiantes. Por otro lado, esta realidad nos sugiere la necesidad de preguntarse si el método pedagógico en el internado, estaría o no conspirando en contra de una buena formación ética del futuro médico.

CONCLUSIONES

1. El tipo de evento utilizado (Seminario-taller), combinado con casuística, probó ser aceptado y dar buenos resultados
2. En lo específico, las actividades facilitadoras de los docentes (exposición, diálogo, etc.), la discusión de casos, y la toma de pre y postest, merecieron las mejores opiniones y dieron los mejores resultados.
3. No resultó muy útil la elaboración de resúmenes o realizar otras lecturas.
4. No hubo entrega oportuna de separatas, ni completa calificación de las intervenciones de los alumnos por los docentes.
5. La sobrecarga laboral del interno, habría impedido mayor concurrencia y cumplimiento de tareas.



Anexo 1. Lista de Internos de Medicina

Nº	Apellidos y nombres	RP	RES	NC RES	NC caso
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					

RP: Resumen presentado

RES: Nota Resumen

NC RES: Nota comentario RES

NC caso: Nota comentario caso

Anexo 2. Posttest

- ¿Cuál de estas afirmaciones es verdadera?
 - La medicina es un método idóneo para evaluar riesgos de enfermar.
 - En el buen ejercicio de la medicina los valores del paciente tienen tanta importancia como su estado psicológico.
 - Las 2 anteriores son ciertas.
 - Ninguna es verdadera.
- Señale los principios morales de la ética médica.
 - Respeto por la autonomía del paciente, alivio del dolor y no prolongar la agonía.
 - Valentía, honradez y lealtad.
 - Las 2 anteriores son verdaderas
 - Ninguna es verdadera
- En un paciente con cáncer terminal sin dolor y deprimido, se debe:
 - Administrarle antibióticos.
 - Practicar la eutanasia.
 - Darle antidepresivos y ayuda psicoterapéutica.
- Respecto a la relación médico-paciente, señale la afirmación verdadera:
 - El médico para una mejor atención debe escoger el tipo de paciente que desea atender.
 - Lo prioritario y más importante es conocer las últimas técnicas de tratamiento.
 - No es conveniente interrogar sobre aspectos muy personales o afectivos, porque el paciente o médico pueden pensar que todo es psicológico.
 - Ninguno es verdadero.
- Respecto al consentimiento informado ¿cuál aseveración es falsa?
 - Es necesario informar al paciente sobre las molestias que lo ocasionará la proctoscopia, de practicarla.
 - En un paciente psicótico, el tratamiento con inyectables requiere permiso de los familiares.
 - En un niño de 4 años con apendicitis aguda, no se requiere el permiso de los padres.
 - Ante un neonato, con severos trastornos congénitos, el médico intentará prolongarle la vida, a pesar de los deseos en contra de los padres.
- El médico está seguro de que su paciente, totalmente conciente, tiene un cáncer y que sobrevivirá sólo algunos meses, por lo tanto está obligado a informarle salvo:
 - Que los familiares se opongan.
 - Que el paciente sea muy nervioso.
 - Que no se haya cancelado los adeudos al Hospital.
 - Todas son falsas.
- Señale, respecto al certificado firmado por un médico, cuál es posible
 - Para certificar la muerte de su padre.
 - Para certificar la muerte de un sujeto encontrado en su vecindad.
 - Por orden del Juez, previa necropsia, de paciente no atendido por el médico.
 - Ninguna es verdadera
- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera verdadera?
 - El uso de anticonceptivos orales es aceptado por la Iglesia Católica.
 - Es éticamente criticable el uso de óvulos vaginales espermaticidas.
 - La educación del poblador no tiene nada que ver con las altas tasas de natalidad.
 - No es ético que se fomente el control de la natalidad por medio de obsequios de alimentos o dinero.
- Fecundación asistida (artificial); ¿Cuál afirmación es verdadera?
 - En el país es legal el alquiler de un útero materno si la interesada es estéril.
 - También la fecundación de óvulos humanos con fines experimentales.
 - Es éticamente admisible que una mujer con esposo fértil solicite, por razones de aspecto físico, inseminación extraconyugal.
 - Para el futuro psicológico del niño, se debe mantener el anonimato del donante del semen.
- En cuanto a la gestación subrogada. Señale lo correcto
 - Esta claramente establecida en nuestra legislación.
 - Es ético que una mujer "alquile" un útero, para evitar compromiso de su belleza.
 - Es ético en una mujer menopáusica sin hijos, viuda, pero cuyo esposo guardó su semen en institución competente.
 - Es justo que la mujer gestante ("alquilada") reciba dinero para solventar gastos del embarazo.



11. En cuanto al aborto provocado ¿Cuál afirmación es falsa?
- Puede practicarse cuando se trata de salvar la vida de la madre.
 - Es ético cuando se practica en una deficiente mental.
 - Educación sexual de adolescentes es útil para evitarlo.
 - Una encuesta nacional reveló que la religiosidad no influye en la decisión de abortar.
12. Un paciente con un cáncer terminal, plenamente consciente, solicita al médico que le inyecte algún veneno, para evitar más sufrimiento. Si el médico accede, dicho acto es:
- Eutanasia activa voluntaria.
 - Homicidio por negligencia.
 - Ortotanasia
 - Ninguna de ellas.
13. En cuanto a los trasplantes de órganos:
- La donación por consentimiento presunto está en la Ley General de Salud.
 - No hay otra manera de certificar la muerte, que el paro cardiopulmonar.
 - Se debe convencer a los deficientes mentales para que donen sus órganos.
 - Todas son verdaderas.
14. Respecto al sida ¿Cuál de las afirmaciones es falsa?
- El solo diagnóstico de infección no lo incapacita para el trabajo.
 - Publicación de nombres de infectados atenta contra la confidencialidad.
 - El secreto profesional impide informar a la esposa del infectado.
 - La notificación obligatoria con archivaje confidencial, es necesaria.
15. En los ensayos clínicos controlados (para probar nuevos fármacos) ¿Cuál de las afirmaciones es falsa?
- Se requiere informar y recabar consentimiento previo de los pacientes
 - El paciente puede retirarse del experimento cuando lo desee.
 - No es necesaria autorización de un comité de ética, si existiera.
 - En deficientes mentales, se requiere autorización familiar.
16. Respecto a la publicación de artículos científicos.
- Sólo figuran los que intervienen en fases más importantes del estudio.
 - Ser jefe no es suficiente para figurar, como autor en trabajos de subordinados.
 - El orden de presentación de autores no es por jerarquía o poder administrativo.
 - Todas son verdaderas.
17. Cuando hay escasez de recursos
- Se debe cobrar a todos los pacientes para generar recursos propios.
 - El no prolongar la vida de enfermos moribundos, resulta en ahorro.
 - No se debe atender emergencias de pacientes con sistemas de salud propios.
 - Lo más importante es la relación costo-beneficio.
18. Señale cuál afirmación es verdadera
- El médico debe aprovechar toda posibilidad de presentarse en la TV.
 - Es bueno anunciar que de todas maneras habrá una vacuna contra el sida.
 - El médico, debe informar sobre todos sus títulos y grados, cuando haga publicidad.
 - En los avisos publicitarios no se debe utilizar nombres o fotos de pacientes.
19. Ante una injusta denuncia, contra un médico, en los medios masivos de comunicación ¿Cuál de las afirmaciones es falsa?
- El médico debe enjuiciar de inmediato al medio de comunicación.
 - Debe presentar su descargo ante el medio masivo, acogiéndose a las leyes vigentes.
 - Puede recurrir al Colegio Médico o Federación Médica para el apoyo respectivo.
 - No debe utilizar pacientes en su defensa, salvo que se presenten voluntariamente.
20. Señale cuál afirmación es falsa, respecto al homicidio doloso cometido por un médico
- La comparecencia restringida incluye no cambiar de domicilio.
 - No tiene nada que ver con el homicidio por negligencia.
 - No procede destitución de cargo público, si el médico permanece en libertad.
 - La sentencia incorpora inhabilitación para ejercer la profesión.

Anexo 3. Encuesta anónima

Seminario taller sobre ética médica

Noviembre 1998

Señores internos, futuros colegas: Queremos mejorar los Seminarios de ética médica, para lo que solicitamos colabore usted respondiendo la presente encuesta anónima. Vuestra sinceridad, y vocación de ayuda influirá en el mejoramiento de futuros seminarios. Gracias por su colaboración.

MB B R M MM

Califique Ud. el método

- Exposición del docente y ulteriores preguntas de los alumnos.
- Diálogo del docente con los alumnos a través de preguntas, comentarios y respuestas
- Lecturas del alumno del material proporcionado.
- Calidad del contenido de dichas lecturas (Separatas)
- Elaboración de resúmenes de tales lecturas.
- Comentarios del alumno sobre las lecturas.
- Utilización de casos
- Comentarios del alumno sobre los casos.
- Tipo de pruebas de conocimientos. (Pre y post test)
- ¿Realizó otras lecturas? No Si

Califique Ud. a los docentes

- Docente 1
 - ¿Usó ayudas audiovisuales? No Si
 - Claridad en la expresión de las ideas
 - Mantenimiento de atención de los alumnos,
 - Motivación para el diálogo
 - Generación de comentarios de los alumnos.
 - Tolerancia con las tardanzas.
 - Tolerancia con la inatención de alumnos (dormir, cuchichear)
- Docente 2
 - ¿Usó ayudas audiovisuales? No Si
 - Claridad en la expresión de las ideas
 - Mantenimiento de atención de los alumnos
 - Motivación para el diálogo
 - Generación de comentarios de los alumnos.
 - Tolerancia con las tardanzas.
 - Tolerancia con la inatención de alumnos (dormir, cuchichear)
- Docente 3
 - ¿Usó ayudas audiovisuales? No Si
 - Claridad en la expresión de las ideas
 - Mantenimiento de atención de los alumnos
 - Motivación para el diálogo
 - Generación de comentarios de los alumnos.
 - Tolerancia con las tardanzas.
 - Tolerancia con la inatención de alumnos (dormir, cuchichear)

MB: Muy bueno B: Bueno R: Regular M: Malo MM: Muy malo

Califíquese Ud. mismo (según porcentaje)

Porcentaje
0 25 50 75 100

- Entendí concepto emitidos por docentes en:
- Pude mantener atención en:
- Me quedé dormido en:
- Entendí las lecturas recomendadas en:
- Aprendí conceptos éticos durante las clases en
- Aprendí conceptos con las lecturas en:
- Mis conocimientos sobre el tema han mejorado en:
- Siento que he mejorado moralmente en:
- Creo que esta experiencia me será útil en:
- Participé preguntando veces
- Participé comentando resúmenes veces
- Participé respondiendo veces
- Participé comentando casos veces



RECOMENDACIONES

1. Considerar con mayor amplitud, tanto en la metodología utilizada en los seminarios, como en su evaluación, los aspectos de interrelación docente-alumno.
2. Realizar un seguimiento de una muestra de los internos, con la finalidad de evaluar si efectivamente se ha dado algún cambio actitudinal positivo.
3. Capacitar a los docentes en métodos de evaluación concurrente de los alumnos.
4. Mejorar el silabo instructivo y entregarlo a cada alumno.
5. Seleccionar y reducir el material de lectura, cuyas fotocopias deberán ser entregadas directamente al alumno.
6. Ensayar, en lugar de resúmenes, guías de lectura de las separatas, lectura guiada y deliberación con el docente y confección de videos con las conferencias de los docentes.
7. Situar fuera del hospital el ambiente del evento o coordinar un mejor horario.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes, Dres.: A. Benavides; A. Beraún; D. Bermúdez; E. Ramírez; H. Tovar y F. Sime. A los miembros del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional CMP 2002-2003 quienes enriquecieron el presente reporte con sus sugerencias. A la Mg. Elisa Perea, Jefa del Dpto. Académico de la Facultad de Educación UPCH, por sus invaluables consejos y recomendaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seminario Taller "Educación en bioética" 13-15 de julio 1995 Concepción, Chile Programa de Bioética para América Latina y el Caribe. OPS/OMS.
2. Hanson MJ. Do as I do. *The Hasting Center Report* 1992; 22 (5): 3.
3. Arras JD. Getting down to cases: The revival of casuistry in bioethics *J Med Phylosop* 1991; V 16 (1): 23-9.
4. Jonsen AR. American moralism and the origin of bioethics in the United States. *J Med Phylosop* 1991; 16 (1): 113-18.
5. Thronton SC, Callahan D, Lindeman. Bioethics education: expanding the circle of participants (giving life to patient self determination). *The Hasting Center Report* 1993; 23 (1): 25.
6. Forrow L, Arnold Y, Frader J. Teaching clinical ethics in the residency years: preparing competent professionals (Bioethics Education: Diversity and Critique). *J Med Phylosop* 1991; V 16 (1): 93.
7. Hebert PC, Meslin E, Dunn E. Measuring the ethical sensitivity of students: a study on the University of Toronto. *J Med Ethic* 1992; 18: 142-7.
8. Self DJ, Schrader DE, Baldwin DC Jr, Wolinsky ED. The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Medical Education* 1993; 27: 26-34.
9. Mitchell K, Myser C, Derridge T. Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students. *J Med Ethic* 1993; 19: 230.
10. Malex JJ, Gellejy, Sugermann J. Talking about cases in bioethics: the effect of an intensive course on health care professionals. *J Med Ethic* 2000; 26 (2): 131-6.
11. Véliz-Márquez J. Informe sobre el Curso de Ética Médica 3° de Medicina Universidad Particular San Martín de Porres, 1999.
12. Véliz-Márquez J. Diseño de un Programa de Capacitación en Ética Médica para Internos de Medicina. Proyecto enviado al Decano del Colegio Médico, Maximiliano Cárdenas. 3 de agosto 1998, 13 págs.
13. Singer P. *Medical Ethics* (Clinical Review). *BMJ* 2000; 321: 282.
14. Nilstun T, Cuttini M, Saracci R. Teaching medical ethics to experienced staff. Participants, teachers and method. *J Med Ethic* 2001; 27: 409-12.