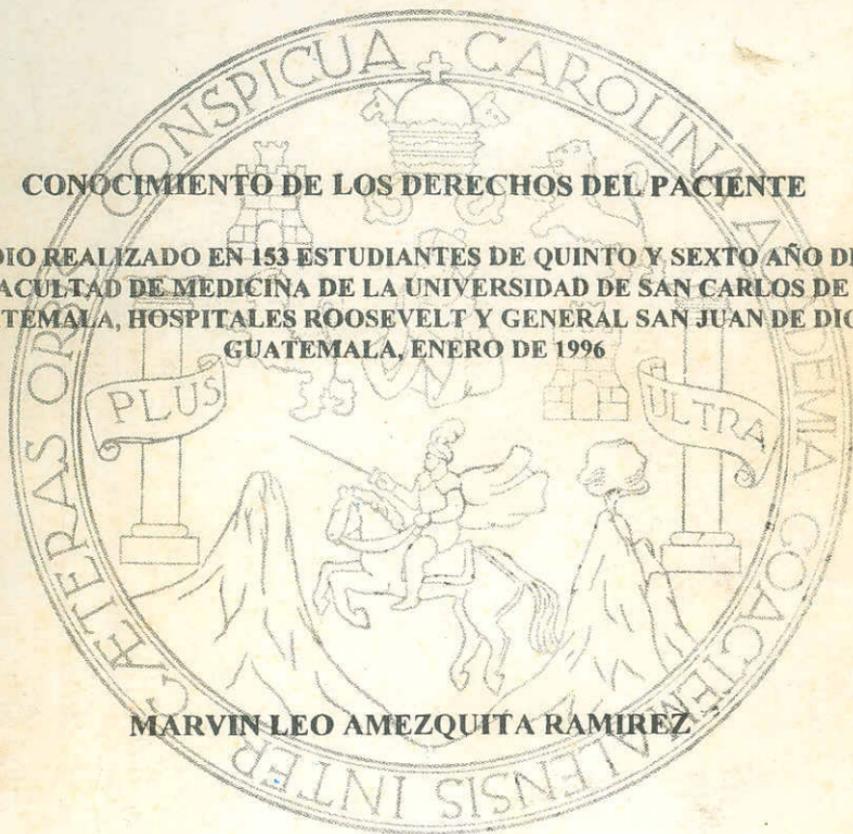


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

**ESTUDIO REALIZADO EN 153 ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA, HOSPITALES ROOSEVELT Y GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
GUATEMALA, ENERO DE 1996**

MARVIN LEO AMEZQUITA RAMIREZ



INDICE

CAPITULO	TITULO	PAGINA
I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	17
VII	RESULTADOS	21
VIII	DISCUSION DE RESULTADOS	28
IX	CONCLUSIONES	30
X	RECOMENDACIONES	31
XI	RESUMEN	32
XII	BIBLIOGRAFIA	33
XIII	ANEXOS	35

I. INTRODUCCION

La relación médico paciente se a caracterizado por ser de tipo paternalista por parte del médico, sin embargo ultimamente este patron, esta tendiendo a cambiar por una relación en la cual, el paternalismo del médico queda desplazado, para dar paso a la intervención directa del paciente en sus problemas. En paises como el nuestro aun persisten patrones tradicionales de paternalismo médico, por lo cual se relega a los pacientes a ser simples observadores de lo que les sucede, sin tomar en cuenta sus opiniones y sobre todo sus derechos. (12, 19).

Las perspectivas desde las que se miran los derechos del paciente, se sustentan en las interrelaciones existentes entre el derecho y el deber médico (justicia y deontologia), cultura y valores personales, entre otros, en una sociedad y tiempo determinados que pueden generar una amplia variedad de conceptos de valor. Dicho con simpleza lo que para unos es bueno, adecuado o válido, para otros puede ser malo, inadecuado o inválido. (15).

Esta investigación se realizó precisamente, para determinar los conocimientos que poseen los estudiantes en relación a los derechos del paciente. Se elaboró un cuestionario tipo opción multiple de 10 preguntas, con casos clinicos ficticios discutidos previamente con docentes de la facultad, los cuales tienen mucha similitud con casos reales que los estudiantes afrontan en los hospitales de práctica.

El cuestionario que explora 4 areas especificas (respeto a la decisión del paciente, actitud de beneficio al paciente, reconocimiento de la capacidad de decidir del paciente y algunos conocimientos legales que rigen la profesión médica), fue aplicado a 153 estudiantes de quinto y sexto año de la carrera de Medicina de la USAC, quienes durante el mes de enero de 1996 se encontraban realizando su práctica hospitalaria, en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios. El principal resultado de la investigación, concluye que existe un desconocimiento importante hacia algunos derechos del paciente.

Por otro lado concluye que la Autonomia del paciente, es uno de los aspectos o derechos mas violados (tablas 4, 5, 8 y 9) donde un 73% de los estudiantes contestaron equivocadamente a las preguntas de los casos (ver anexo 1 y 2). Por lo que se deduce que no toman en consideración al paciente, como sujeto sino por el contrario como objeto de la relación médico paciente. ,Ademas es importante mencionar, el alto grado de desconocimiento hacia algunos aspectos legales (tablas 10 y 11) donde solo el 33% de estudiantes contestaron acertadamente

Es importante hacer notar algunas limitaciones que se afrontaron durante la realización de este trabajo, entre otras tenemos: escasos estudios anteriores de este tipo, escasa legislación médica especifica en nuestro pais, dificil abordaje de los estudiantes en los hospitales para aplicar el cuestionario, etc.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El deterioro creciente en la ética médica, preocupa a las Academias Nacionales del Continente. El deterioro mas notorio en América Latina resulta ser la deshumanización de la actitud médica a todo nivel. (12)

Sin embargo la deshumanización de la medicina, no es ni será nunca producto y consecuencia de la ciencia o de la tecnología; depende unicamente de la deshumanización y de la perversión de un hombre que no es "médico". (2).

Tradicionalmente la práctica de la medicina se ha caracterizado por la relación directa entre el paciente y el médico. Actualmente esta relación se esta modificando, debido sobre todo, al ambiente cambiante en que se practica la medicina. Es por eso que ahora mas que nunca, es importante que el médico considere a cada paciente, como una persona merecedora de un trato humano, independientemente de sus circunstancias personales o económicas. (10)

Conviene recordar que para mantener relaciones armonicas, entre el paciente y el médico, este deberá regirse por las siguientes normas o guias de acción: a) Respeto a la autonomia del paciente, b) Beneficiar al paciente por sobre cualquier otro motivo, c) No hacer el mal con la actitud, la prescripción, la ignorancia, el descuido o la intención equivocada, y d) Ser justos.

Ante esta situación, cabe hacerse las siguientes preguntas: Que derechos tiene el paciente? Quien y como se le reconocen? Son derechos absolutos o relativos; permanentes o transitorios? Como se hacen valer? Quien los enseña?. Estas son algunas interrogantes que en nuestro medio no se discuten, no se estudian y por lo tanto no se ejercitan.

III. JUSTIFICACION.

En Guatemala en cuanto a materia de Etica Médica y específicamente, sobre derechos de paciente se refiere, existe un vacío importante, tanto en materia de legislación, como en lo referente a la educación superior

Por lo que consideramos sobresaliente el desconocimiento que hay entre la obligación derecho reciproco en la relación médico paciente, por la actitud paternalista que el médico asume, y que excluye la participación parcial o total del paciente como persona con todas sus capacidades. El médico sabe aparentemente, las obligaciones médicas hacia el paciente, pero sabe menos sobre los derechos de los pacientes; este desconocimiento hace que la obligación no se cumpla, y que el derecho por lo tanto no se ejercite. (2) .

Por lo tanto esta investigación, no solo es uno de los primeros en este tipo de problema, sino que espero tienda de acuerdo a sus resultados, conocer la situación actual y en alguna medida eventualmente, mejorar este tipo de problema.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la actitud médica de los estudiantes de quinto y sexto año de la carrera de Medicina de la USAC, que durante el mes de enero de 1996 finalizaron su práctica hospitalaria, hacia algunos derechos del paciente y algunos conocimientos legales que rigen la profesión médica.

B. ESPECIFICOS

Verificar el respeto o no que poseen los estudiantes de medicina, hacia el derecho de decisión del paciente.

Verificar los valores éticos, mediante las actuaciones de los estudiantes de medicina, en relación al beneficio hacia el paciente.

Verificar conocimiento de aspectos legales que rigen la profesión, por parte de los estudiantes.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES

A través de la historia han surgido varios documentos que han sido usados en diferentes épocas como códigos de ética médica. Quizá el más antiguo es el código de Hammurabi, que data de 1700 A.C. se considera el documento más importante, y uno de los más antiguos, es una enorme piedra negra, un bloque de diorita pulida de 2 y medio metros de alto, grabada con las 282 leyes del rey Hammurabi. Hay 20 leyes, de la 206 a la 226, donde se menciona por primera vez en la historia la figura del médico.

Posteriormente hace 2200 años aparece el tema de la moral médica y con él, el juramento hipocrático, que puede dividirse en 4 partes, con lo que se intenta orientar la vida del médico. Primera: En el párrafo 1, es donde se evocan las principales deidades médicas (Apolo, Esculapio, Hígas y Panacea) y se señala que este no solo es un juramento sino también un convenio o contrato. Segunda: El párrafo 2 establece las reglas de las relaciones entre las reglas y el juramento con su profesor y su familia, sus obligaciones docentes, y que termina con la cláusula de exclusión, que impide enseñar la medicina a nadie que no sea su hijo o hijo de su maestro. Tercera: En los párrafos de 3 al 7, se detallan diversas facetas de la práctica médica, con énfasis en aspectos a los que se renuncia de forma tácita. Cuarta: El párrafo 8 que es la protesta del compromiso y donde se señala claramente el premio al que cumple, así como el castigo para aquel que lo viola.

Lo que está en análisis es el significado del juramento hipocrático para ética médica contemporánea. Muchos se han preguntado: Hay algo en este documento, que todavía sea vigente en nuestra época?, estos mismos inquisidores consideran que la respuesta es un respetuoso NO sin reservas ni circunstancias atenuantes, y aducen que el juramento hipocrático es, una herencia de tiempos no solo remotos sino antiguamente superados, y si todavía nos persigue es porque nos hemos mantenido aferrados a estos preceptos médicos en los últimos 20 siglos. También convengamos en que antiguo y todo, el tema no a perdido vigencia, siempre domina la moral individual como guía para el médico, con lo que encuentra casi siempre el camino tranquilo de su conciencia en el ejercicio de su profesión.

Naturalmente han habido muchos intentos de establecer códigos de ética médica a través del último medio siglo. En 1948 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud adopta una declaración (Conocida como la Declaración de Ginebra), que en 1968 fue corregida y aprobada por la Asamblea Médica Mundial, reunida en Sidney, Australia. El análisis de la declaración de Ginebra revela que se trata de una declaración de buenos sentimientos. Tampoco es posible usar la declaración de Ginebra como código de ética médica absoluto, pues es tan general que no nos serviría para indicarnos la forma específica de proceder en situaciones ambiguas desde un punto de vista ético.

En 1847 la Asociación Médica Americana aprobó su decálogo. Estos principios intentan ayudar a los médicos a mantener un nivel de conducta ética. No son leyes sino estándares, con los que el médico puede determinar lo adecuado de su comportamiento en sus relaciones con pacientes. Sus principios de ética intentaron dar en su momento los aspectos de la práctica médica de hace más de 135 años y desde nuestra posición debe reconocerse que representó una alternativa útil de buena voluntad de la Organización Mundial de la Salud.

Como la investigación básica y clínica aumenta los conocimientos, se le considera como uno de los imperativos categóricos del ejercicio ético de la medicina. Ello obligó a que se hayan formulado dos códigos internacionales: El de Nuremberg, aprobado en 1949 por los tribunales militares, y el de Helsinki, aprobado en 1964 y revisado y reconfirmado en Tokio en 1975 por la Asamblea Médica Mundial. Ambos códigos son extensos y solo tocan a la práctica de la medicina cuando esta pretende realizar investigaciones experimentales en sujetos humanos, sin embargo, conviene señalar los aspectos más importantes de ambos códigos. El de Nuremberg se aprobó bajo la tremenda presión generada por los juicios a los criminales de guerra. El código de Helsinki está dividido en tres partes: La primera se refiere a los principios básicos, la segunda incluye la investigación combinada con el tratamiento médico, la tercera se aplica a la investigación biomédica, sin aspiraciones terapéuticas en los humanos participantes. La esencia de ambos códigos puede resumirse en que "el interés de la ciencia nunca debe anteponerse al bienestar de los pacientes" (5)

B. ETICA MEDICA

Toda profesión necesita de una ética y la medicina desde sus inicios a sido conciente de esto. Hipócrates cuando estableció los principios fundamentales de la medicina occidental, puso las normas éticas de la medicina como imprescindibles. El no concebía un médico sin que tuviera la filantropía, es decir amor hacia el ser humano, sin ser diligente por su bien y discreto para guardar el secreto de lo visto y oído durante el que hacer médico.

Luego vienen los códigos de ética médica dictados por los gobernantes o por las agrupaciones y academias médicas. Los hospitales establecen normas de conducta y se han dictado principios que contienen los deberes y derechos de pacientes y médicos. (19)

Los códigos de ética médica han sido muchas veces una declaración de principios generales, que no han tenido aplicación cuando el médico se enfrenta al caso concreto de su paciente. En otras situaciones se han convertido en normas para afrontar diversas situaciones, las cuales cambian por razones de tiempo y lugar.

La ética es un criterio que debe formarse en el profesional de la medicina. Este no se enseña solamente en una clase de 8 a 9 am en el aula universitaria, si bien es cierto, los fundamentos teóricos para formar ese criterio deben darse allí, es con el ejemplo que el docente debe formarlo.

La ética también es necesaria, para que el paciente vaya confiado al médico, sin esta confianza, no es posible establecer una adecuada relación médico paciente.

Cuando se habla de ética médica, en lo que se piensa es en una mezcla de tradiciones morales, mandamientos religiosos y obligaciones legales. En 1949 Asher publicó un artículo titulado "Los siete pecados capitales de los médicos" ofreciendo la siguiente lista:

- 1) Obscuridad: Refiriéndose al uso de un lenguaje rebuscado y complejo en la comunicación del médico.
- 2) Crueldad: Considerada en 2 subgrupos, la crueldad mental del médico al ignorar los sentimientos, la angustia y preocupación del enfermo, y la crueldad física al realizar maniobras con brusquedad y o rudeza
- 3) Mala Educación: O sea falta de buenas maneras para dirigirse a los enfermos, para escucharlos con atención y simpatía, para darles la confianza y el apoyo moral que su condición requiere.
- 4) Superespecialización: Particularmente tecnológica con la consiguiente pérdida de la percepción del enfermo como un ser humano completo, que se transforma en un caso de patología.
- 5) Amor a lo raro: Que se expresa sobre todo en instituciones de investigación.
- 6) Estupidez Común.
- 7) Negligencia o pereza: Que puede ser física o mental.

A la anterior lista se agregan otros puntos que el doctor Luis Sanchez Medal señaló en 1978.

- 8) Afán desmedido de lucro.
- 9) Desorientación.
- 10) Discriminación
- 11) El barbarismo en el lenguaje.
- 12) Enfado para contestar al paciente
- 13) Explotar la productividad de un discípulo
- 14) El hacer pronósticos sombríos inadecuadamente (12)

ETICA CLINICA EN LA PRACTICA MEDICA.

La ética clínica médica, es una disciplina práctica que aspira a mejorar el cuidado del paciente y los resultados finales en él. Se enfoca a la relación entre médico y paciente y considera explícitamente los aspectos ético legales que deben aplicar, los pacientes, los médicos e instituciones de atención de la salud a fin de llegar a las mejores decisiones para cada paciente.

La ética clínica en la práctica médica se inicia con el encuentro entre paciente y médico que establece la relación entre ambos e impone requisitos morales rigurosos en el profesional, incluyéndose la necesidad de honestidad, capacidad, compasión y respeto por el paciente. Mas allá de estos preceptos morales fundamentales, ayuda a los médicos a incluir una amplia gama de problemas específicamente éticos, por ejemplo: consentimiento informado, decisiones para terminar la vida, distribución de recursos escasos, confidencialidad e interferencias de terceras partes, con la autonomía de pacientes y médicos, problemas que surgen con frecuencia cada vez mayor en la práctica de la medicina moderna de alta tecnología.

Los médicos se enfrentan con frecuencia a aspectos éticos en la práctica clínica que producen perplejidad, exigen mucho tiempo y les implican emocionalmente. La experiencia, el sentido común y el ser simplemente una buena persona, no garantiza que los médicos puedan resolver o identificar problemas éticos. Es también esencial conocer los dilemas éticos frecuentes. En la asistencia a los pacientes los médicos deben seguir, dos pautas ética fundamentales, aunque con frecuencia conflictivos: Respetar la autonomía del paciente y actuar en su beneficio. (10, 12).

D. EL PACIENTE

La descripción de un paciente, es la de un ser humano que necesita ayuda, llega a buscarla por un problema relacionado a su salud. Este juicio subjetivo implica: preocupaciones inquietantes, aunque quizá no se expresen. Incluso en el más estoico de los pacientes existe ansiedad, esto nunca debe olvidarse ni descartarse por parte del médico. La ansiedad del paciente puede ser específica (ejemplo: temor al cáncer con todas sus implicaciones en la mente pública, dolor, degradación y muerte inexorable). Con mayor frecuencia la ansiedad es amorfa, ejemplo: temor a perder la independencia o empleo. En la prisa por querer identificar una molestia principal y la enfermedad actual usualmente el médico hace a un lado estas consideraciones.

El paciente con una experiencia extensa y diversa, llega al médico con un problema. Se le solicita que indique una molestia principal. La respuesta del paciente debe ser selectiva y breve, como resultado no rara vez esta deformada e incluso confusa.

Que desea un paciente cuando viene a ver a un médico?. Hay ciertas esperanzas y expectativas comunes. Los pacientes desean ser escuchados para expresar completamente sus temores, preocupaciones y compartir la carga. Desean que los médicos se interesen en ellos como seres humanos, similares en una forma compasiva y sin juzgarlos. Esperan la capacidad profesional que incorpora lo mejor de la ciencia y la tecnología médica. Desean se les informe razonablemente sobre la causa probable de sus preocupaciones, y como puede ser el futuro. No desean que se les abandone. Es notable que no todos desean ser curados. (2, 3).

E. EL MEDICO

El médico ha elegido y a sido elegido para ingresar a una profesión ardua y exigente, cuyos orígenes se remontan a la antigüedad. Parte sacerdote parte hechicero, parte místico parte alquimista, el médico de la antigüedad reflejaba las creencias y expectativas de la época y satisfacía una necesidad percibida del prójimo. La historia de la medicina es parte de la herencia de todo médico y refleja la historia cultural de cada sociedad.

El médico ingresa a una profesión con valores y tradiciones de conducta y responsabilidad escepticas establecidas.

Las cualidades del médico son fáciles de establecer, pero difíciles de lograr: compasión, interés sincero en el prójimo, conocimiento de la naturaleza humana, tacto, ecuanimidad, educación sostenida, curiosidad y valores éticos altos. (2, 3).

F. RELACION MEDICO PACIENTE

De todos los seres vivientes el único que tiene conciencia de la enfermedad y la muerte es el hombre. La angustia vital que ese conocimiento le produce, ha hecho que desde siempre, haya tratado de evitar la enfermedad, aliviarla o curarla si la padece, y de prolongar la vida. A las acciones encaminadas a lograr esos objetivos, se le conoce como medicina. El instrumento de la medicina para alcanzar los objetivos señalados es el acto médico, el cual se deriva de dos hechos, el de un ser humano actual y potencialmente enfermo y mortal y de otro que profesa tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios, para ayudarlo en cualquiera de esas circunstancias. En el acto médico se establece una relación de una confianza ante una conciencia, y es esa relación médico paciente, el núcleo del que deriva toda la moral y la ética médica. El médico actuará moralmente cuando ayude al enfermo a sufrir menos, podrá curar a veces, mejorar otras, consolar siempre, si lo hace actuará dentro de la ética médica y habrá cumplido con su profesión.

La relación médico enfermo es una relación eminentemente humana. Un ser que sufre y que pide ayuda frente a su médico que se apresta a darla, poniendo en juego su saber y su experiencia. El sufrimiento de la enfermedad no es puramente físico, esta dotado de un componente casi siempre espiritual que a veces es el que predomina.

La relación entre el médico y el paciente es peculiar, por la situación inferiorizada del paciente. La misma palabra paciente connota un significado de dolor, del que sufre pacientemente. Por esto mismo si el médico no es humano caera en lo que la sociedad llama "El Imperialismo Médico" es la actitud arrogante que se asume ante el paciente indefenso. (2, 3, 5, 15, 19, 20).

G. MODELOS DE RELACION

La relación médico paciente a variado según la época, influyendo en esto la filosofía predominante del momento. Veamos varios modelos:

1. RELACION PATERNALISTA

La relación es paternalista, cuando el médico es quien toma las decisiones y determinaciones en favor del paciente, sin su pleno consentimiento. Esta ha sido la relación más común en la historia de la medicina y casi siempre la única hasta principios de este siglo. El médico hablaba, ordenaba y el paciente obedecía.

La relación paternalista es defectuosa y presenta serios problemas. El primero y más importante es no tener en cuenta el criterio del paciente, sin lo cual no es posible el beneficio de la acción médica. Si el paciente no toma parte activa y no se consideran sus valores, el médico no podrá actuar en su beneficio. Este modelo viola los deberes civiles de los pacientes, y no tiene en consideración a este como persona.

Los que preconizan este modelo alegan que el enfermo, no puede opinar por su ignorancia en medicina, lo cual no es cierto pues el médico tiene la obligación, de explicarle los conocimientos necesarios, para que pueda participar en las determinaciones.

2. RELACION DE AUTONOMIA

Este modelo de relación se da cuando el paciente, es quien toma todas las decisiones, el médico es solo un espectador más. Ayudo en el cambio de patrón de la relación con el paciente, la tecnología médica, la cual tuvo gran expansión a partir de la quinta década del presente siglo. Esta tecnología médica hizo del quehacer médico más sofisticado y complejo, obligando al paciente a tomar la decisión de aceptar, rechazar o escoger entre varias opciones o alternativas.

Teóricamente la relación autónoma, parece clara y convincente, no así su práctica. El enfermo por su patología puede perder su autonomía y la medicina trata precisamente de restablecerla. La autonomía necesita que el sujeto sea independiente, tenga libertad de acción y conocimiento para que sus motivaciones al actuar sean auténticas. Esta capacidad es interferida, la mayoría de las veces, por el proceso de sufrimiento. Los derechos del paciente no siempre priman frente al bien que se trata de darle.

Los pacientes competentes e informados, tienen el derecho a rechazar intervenciones médicas no deseadas. Puede ejercer su propia autodeterminación, para rechazar intervenciones recomendadas y elegir entre las alternativas disponibles.

En los últimos años la autonomía se desplazó a la beneficencia, como primer principio de la ética médica. Esta es la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática. Como resultado, la relación entre el médico y el paciente, es ahora más franca y abierta y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes.

Por fundamental que parezca, el derecho moral del paciente de su integridad y autonomía, no es absoluto. Cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otra persona, surgen varias limitaciones. Una es el derecho del médico, como persona a su propia autonomía. El paciente no puede violar la integridad del médico como persona. Tanto el médico como el paciente están obligados a respetar la integridad de la otra persona, y ninguno puede imponer sus valores al otro.

Al médico se le exige que obtenga la autorización de los pacientes para su asistencia, y que les informe de forma pertinente y comprensible, acerca de la naturaleza de la asistencia propuesta, las alternativas, los riesgos y beneficios de cada una de ellas y de las probables consecuencias. Al mismo tiempo los médicos deben evitar, abrumar a los pacientes con su jerga, explicaciones complicadas o con demasiada información de una vez.

La autorización con conocimiento, implica más que la simple obtención de la firma del paciente sobre los impresos de autorización, los médicos deben comentar también con los pacientes, las opciones, educarlos acerca de su enfermedad, responder preguntas y ayudarles a deliberar. Los pacientes y los médicos, necesitan compartir la toma de decisiones. Los médicos deben saber los riesgos y beneficios de cada opción, lo que debe sopesarse de acuerdo a los valores y metas del paciente.

La aceptación o el rechazo de una intervención médica, es una manifestación particular del principio de autonomía. El consentimiento a la indicación médica se hace sobre la base de la información que posee el paciente, en relación con su enfermedad, pronóstico y opciones de tratamiento. Surge entonces la pregunta de que debe saber el paciente. La respuesta dependerá del marco ético en que se mueva el médico, si su conducta se rige por el principio de proporcionar al paciente el máximo beneficio, retendrá información si considera que esto provocará angustia, depresión o aun reacciones autodestructivas. Por el contrario, si las acciones del médico giran al rededor del respeto por la autonomía del paciente, le proporcionara toda la información necesaria antes de tomar una decisión.

3. RELACION RESPONSABLE.

Existe una relación médico paciente que es la mas adecuada, es aquella en la cual las dos partes, asumen la responsabilidad y deciden teniendo conocimiento y libertad para hacerlo. Es una relación madura que requiere del médico un criterio ético, bien formado para buscar, solo el beneficio del paciente, compaginando esto con sus condiciones individuales.

Los valores individuales deben ser aceptados por el médico, aunque no los comparta. Una paciente puede rehuir una droga, por evitar efectos secundarios, que estropeen su estética. Para el médico esto parece ilógico, segun sus conocimientos científicos, pero los valores de la paciente deben ser respetados.

H. ACTITUD DE BENEFICIO HACIA EL PACIENTE.

El tratamiento ético de las personas no solo se trata de respetar sus decisiones, sino tambien de procurar su bienestar. Este principio se encuentra consagrado en el Juramento Hipocratico, en la parte que dice: "Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y les evitare de toda maldad y daño".

Siguiendo con las categorías de Beauchamp y Childress, de un lado estarian los elementos que implican una acción de beneficio: a) Prevenir el mal o daño. b) Contrarrestar el daño. y c) Hacer o fomentar el bien. Del otro estaria la omisión o no comisión, de actos que pueden causar un daño o un perjuicio.

La pauta del beneficio precisa que el médico establezca acciones para beneficio del paciente, no solo para evitar su perjuicio. Los profanos no poseen experiencia médica y pueden ser vulnerables debido a su enfermedad. De este modo los pacientes confían, en que los médicos les proporcionen consejos y promuevan su bienestar. Los médicos alientan tal confianza. Por estas razones tiene el deber fiduciario de actuar en beneficio de sus pacientes. La pauta de no perjudicar prohíbe a los médicos desarrollar tratamientos ineficaces o actuar de modo egoísta o malicioso. Este precepto aunque citado a menudo, es solo una pauta limitada, ya que muchas intervenciones beneficiosas tambien tienen riesgos serios (10, 19)

I. CODIGO INTERNACIONAL DE ETICA MEDICA.

1. Deberes de los médicos en general

El médico debe mantener siempre el nivel mas alto de conducta profesional.

El médico no debe permitir que motivos de lucro influyan en el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en favor de sus pacientes

El médico debe en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar su servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos sin ética o faltos de competencia profesional, o a quienes incurran en fraude o engaño

Las siguientes prácticas se consideran no éticas.

a) La publicidad hecha por un médico, a menos que este permitido por las leyes del país y el código de ética de la Asociación Médica Nacional.

b) El pago o la percepción de cualquier honorario o retribución por la remisión de un paciente a otro facultativo o institución o por alguna prescripción o receta.

El médico debe respetar los derechos del paciente, de sus colegas y de otros profesionales de la salud, así como salvaguardar las confidencias de sus pacientes

El médico debe actuar solo en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza física y mental de aquel

El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas o tratamientos a través de conductos no profesionales.

El médico debe certificar unicamente lo que el a verificado personalmente.

2. Deberes de los médicos hacia los enfermos

El médico debe recordar siempre el precepto de preservar la vida humana

El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y lealtad cuando un examen o tratamiento sobrepasen su capacidad, el médico debe llamar a otro médico capacitado en la materia.

El médico debe aun despues de la muerte de un paciente, preservar absoluto secreto en todo lo que le haya confiado.

El médico debe proporcionar atención médica en caso de urgencia como deber humanitario, a menos que este seguro que otros colegas pueden y quieren brindar tal atención.

J. CARTAS DE DERECHOS DEL PACIENTE.

1. Declaración de Lisboa. Derechos del Paciente.

Un médico debe actuar siempre de acuerdo a su conciencia y en el mejor interes del paciente cuando se le presenten dificultades prácticas, éticas o legales. La siguiente declaración recoge algunos de los principales derechos que la profesión médica desea se le reconozcan al paciente. Cuando la legislación o la acción del gobierno, niega estos derechos del paciente, los medicos deben de buscar los medios mas apropiados para asegurar o restablecerlos.

- a) El paciente tiene derecho a elegir libremente a su médico.
- b) El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goze de libertad para hacer juicios clinicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.
- c) Despues de haber sido informado adecuadamente sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo.
- d) El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.
- e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad.
- f) El paciente tiene derecho a recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral, incluso de un ministro de la religion apropiada.

2. Declaración de Derechos del Paciente. Asociación Americana de Hospitales.

La Asociación Americana de Hospitales presenta una declaración de Derechos del Paciente, con la esperanza que la observación de estos contribuya a una mejor atención del paciente y una mayor satisfacción del paciente, su médico y la organización del hospital. Además la Asociación presenta estos derechos para que sean respaldados por el hospital en nombre de sus pacientes, como parte integral del proceso de sanar. Es comunmente admitido que la relación personal entre el médico y el paciente es esencial para que la atención médica sea apropiada. La tradicional relación médico paciente toma una dimensión nueva cuando la atención es suministrada en una estructura organizada, la jurisprudencia a establecido que la institución misma tambien tiene responsabilidades ante el paciente. Es en reconocimiento a estos factores que se declaran estos derechos:

- a) El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto.
- b) El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnostico, tratamiento y pronostico, en terminos razonablemente comprensibles para él. Cuando medicamente no es aconsejable proporcionar o comunicar esos datos al paciente, habra de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo de su médico responsable de coordinar su atención.
- c) El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo nesesario para que pueda dar su consentimiento informado, previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento. Exepto en las urgencias, la información que a de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir al menos lo relacionado al procedimiento o tratamiento especifico, los riesgos médicos asociados significativos y la probable duración de la discapacidad. Cuando hay otras opciones de atención o tratamiento medicamente significativos o cuando el paciente quiera conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información. El paciente tiene derecho a conocer el nombre completo de la persona responsable de los procedimientos o tratamientos.
- d) El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. Tambien tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
- e) El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad, en relación a su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben condicirse con discreción. Quienes no esten directamente en su atención deben tener autorización del paciente para estar presentes.

f) El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.

g) El paciente tiene derecho a esperar que un hospital, de acuerdo con su capacidad, le de una respuesta razonable a su petición de servicio. El hospital debe brindar una evaluación, un servicio o la remisión a otra institución según lo indique la urgencia del caso. Si es medicamente permisible, un paciente puede ser transferido a otro centro, solo después de haber recibido completa información sobre la necesidad de dicho traslado y una explicación completa sobre las opciones posibles. La institución a la que vaya a ser transferido el paciente a de dar su aceptación previo a dicha transferencia.

h) El paciente tiene derecho a obtener información de cualquier relación de su hospital con otros centros sanitarios o instituciones educativas en cuanto pueda referirse a su atención. El paciente tiene derecho a que se le informe sobre la existencia de cualquier relación profesional entre personas que lo estén tratando y tiene derecho a conocer los nombres completos de estas personas.

i) El paciente tiene derecho a ser advertido en caso de que el hospital se proponga realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a rechazar su participación en dichos proyectos de investigación.

j) El paciente tiene derecho a esperar una atención de continuidad. Tiene derecho a saber con anticipación que horas de consulta y que médicos están disponibles y donde. El paciente tiene derecho a confiar que el hospital proveerá los medios para que su médico o alguien que este delegue le informe de sus necesidades de atención de su salud posteriores al alta.

k) El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos independientemente de quien vaya a abonar la cuenta.

l) El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente.

Ningún catálogo de derechos puede garantizar al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar. Un hospital tiene que realizar funciones diversas que incluyen la prevención y el tratamiento de enfermedades, la educación de los profesionales de la salud y de los pacientes y la realización de investigación clínica. Todas estas actividades deben estar supeditadas al interés del paciente, y sobre todo, al reconocimiento de su dignidad como seres humanos. Este reconocimiento cabal es la mejor garantía para la defensa de los derechos del paciente.

VI. METODOLOGIA.

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación de tesis es de tipo descriptivo.

B. SUJETO DE ESTUDIO

Estudiantes de quinto y sexto año de la carrera de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que en el mes de enero de 1996, finalizaban su práctica hospitalaria, en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se aplicó un cuestionario tipo opción múltiple a 153 estudiantes de ambos sexos con las características en tiempo, espacio y grado académico, mencionados en el inciso anterior.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

1. Estudiantes legalmente inscritos en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Estudiantes de quinto y sexto año que en el mes de enero de 1996 realizaban su práctica hospitalaria en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.
3. Estudiantes voluntarios que llenaron el cuestionario de opción múltiple.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Estudiantes que no llenen los requisitos de criterios de inclusión.

F. RECURSOS

- a. Salones de clases de los hospitales antes mencionados.
- b. Casa de habitación.
- c. Transporte.
- d. Computadora.
- e. Maquina de escribir.
- f. Fotocopiadora.
- g. Hojas de papel bond.
- h. Calculadora.
- i. Lapicero y lápiz.

G. METODO Y EJECUCION DE LA INVESTIGACION.

El cuestionario tipo opción múltiple que se elaboró, explora aspectos de identificación y respeto a la autonomía del paciente (capacidad de decidir), la actitud de proveerle un beneficio y no un daño al paciente y sobre algunos aspectos legales que rigen la relación médico paciente.

El cuestionario presenta casos clínicos ficticios, simulando casos reales, los cuales fueron discutidos con docentes de la facultad de Ciencias Médicas. Este (el cuestionario) fue aplicado a los estudiantes en los salones de clases de los hospitales mencionados, en su mayoría.

H. PROCESAMIENTO ESTADISTICO.

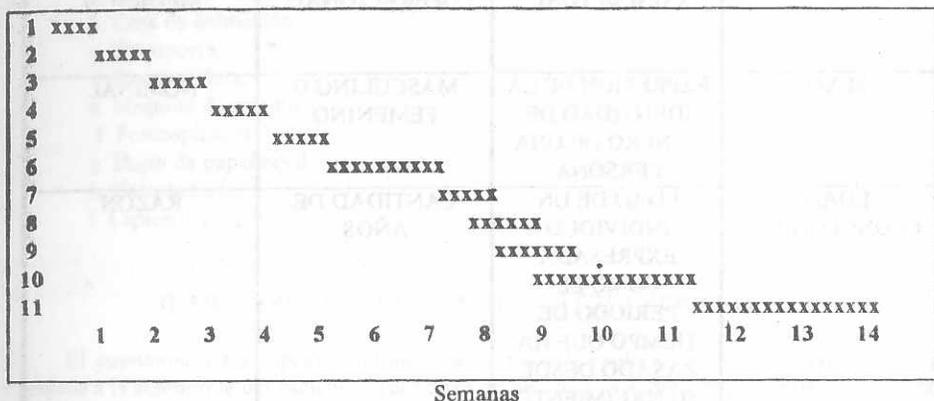
Luego de recolectar la información mediante los cuestionarios, se procesó mediante estadística simple, y se presenta mas adelante en tablas.

I. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
SEXO	EXPRESION DE LA IDENTIDAD DE GENERO DE UNA PERSONA	MASCULINO O FEMENINO	NOMINAL
EDAD CRONOLOGICA	EDAD DE UN INDIVIDUO EXPRESADA COMO EL PERIODO DE TIEMPO QUE HA PASADO DESDE SU NACIMIENTO	CANTIDAD DE AÑOS	RAZON
GRADO ACADEMICO	NIVEL DE ESTUDIOS O CAPACITACION QUE POSEE O ALCANZA UNA PERSONA PARA EJERCER SU TRABAJO O PROFESION	AÑO QUE CURSA EN LA CARRERA	ORDINAL
DERECHO DEL PACIENTE	RESPECTO POR PARTE DEL MEDICO HACIA LA AUTONOMIA DEL PACIENTE Y SU CAPACIDAD DE DECIDIR	SI RESPETA , NO RESPETA	NOMINAL
ACTITUD DE BENEFICIO	ACCION DE HACER UN BIEN O MEJORAR AL PACIENTE Y NO PROVOCAR DAÑO POR OMISION O COMISION	SI BENEFICIA NO BENEFICIA	NOMINAL

J. GRAFICA DE GANT

Actividades.



K. ACTIVIDADES

1. Selección del tema de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto.
5. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
6. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
7. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas.
8. Análisis y discusión de resultados.
9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
10. Presentación del informe final.
11. Impresión del informe final.

VII. RESULTADOS.

Los resultados obtenidos de la investigación realizada con los estudiantes, son los siguientes presentados en tablas, mas adelante.

Fueron encuestados 153 estudiantes (100%), 79 hombres (52%) y 74 mujeres (48%). Del total de estudiantes 78 fueron de sexto año (51%) y 75 estudiantes fueron de quinto año (49%). Se obtuvo una edad promedio de 25 años (maxima de 29, minima de 21). El tiempo usado para responder el cuestionario osciló entre 10 y 15 minutos. (tablas 1, 2 y 3).

Del bloque de preguntas (ver anexo 1 y 2) que exploran el respeto al derecho de decidir del paciente (preguntas 1, 2 y 3), respetan el 18% de los encuestados, 49% no lo hicieron, 32% subrogaron la decisión a un tercero y 1% dejaron en blanco las opciones.

En el bloque de preguntas (ver anexo 1 y 2) que exploran la actitud de beneficio hacia el paciente, por sobre cualquier interes (preguntas 4 y 5), el 67% tuvo una actitud de beneficio al paciente, 31% no y un 2% subrogo la decisión a otro.

En el bloque de preguntas (ver anexo 1 y 2) que exploran el reconocimiento a la capacidad de decidir del paciente (preguntas 6 y 7), el 39% reconoció la capacidad de decidir del paciente y no lo hizo el restante 61%.

En el bloque de preguntas (ver anexo 1 y 2) que exploran los conocimientos sobre aspectos legales que poseen los estudiantes (preguntas 8, 9 y 10), 33% acertaron en conocimientos legales, 63% no lo hizo y un 4% decidió no responder.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES SEGUN SEXO DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA USAC. HOSPITALES ROOSEVELT Y GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ENERO DE 1996.

SEXO	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
MASCULINO	79	52
FEMENINO	74	48
TOTAL	153	100

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 2. DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES SEGUN GRADO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA USAC. HOSPITALES ROOSEVELT Y GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ENERO DE 1996.

AÑO	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJES
SEXTO	78	51
QUINTO	75	49
TOTAL	153	100

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 3. DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES SEGUN EDAD. DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA USAC. HOSPITALES ROOSEVELT Y GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ENERO DE 1996.

EDAD	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJES
21 AÑOS	4	2.61
22 AÑOS	30	19.60
23 AÑOS	31	20.26
24 AÑOS	37	24.18
25 AÑOS	20	13.07
26 AÑOS	17	11.11
27 AÑOS	10	6.53
28 AÑOS	3	1.96
29 AÑOS	1	0.65
TOTAL	153	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 4. RESPETO A LA DECISION DEL PACIENTE EN FUNCION DEL SEXO DE ESTUDIANTE.

NUMERO DE PREGUNTA	SI RESPETAN			NO RESPETAN			LA SUBROGA			NO CONTESTA		
	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%
1(N= 153)	10*	8*	4	51**	47**	21	18	14	7	0	5	1
2(N= 153)	13*	24*	8	17**	9**	6	49	41	20	0	0	0
3(N= 153)	17*	10*	6	33**	49**	22	9	15	5	0	0	0
TOTAL (N= 459)	40*	42*	18	121**	105**	49	76	70	32	0	5	1

H= Hombre

M= Mujer

N= Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 5. RESPETO A LA DECISION DEL PACIENTE EN FUNCION DEL GRADO ACADEMICO DEL ESTUDIANTE.

NUMERO DE PREGUNTA	SI RESPETA			NO RESPETA			LA SUBROGA			NO CONTESTA		
	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%
1(N= 153)	6*	12*	4	54**	44**	21	18	14	7	0	5	1
2(N= 153)	18*	19*	8	15**	11**	6	45	45	20	0	0	0
3(N= 153)	12*	15*	6	57**	45**	22	9	15	5	0	0	0
TOTAL (N= 459)	36*	46*	18	126**	100**	49	72	74	32	0	5	1

6o.= Sexto año.

5o.= Quinto año.

N= Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 6. ACTITUD DE BENEFICIO AL PACIENTE EN FUNCION DEL SEXO DEL ESTUDIANTE.

NUMERO DE PREGUNTA	SI BENEFICIA			NO BENEFICIA			LA SUBROGA		
	H	M	%	H	M	%	H	M	%
4 (N= 153)***	52*	56*	35	27**	18**	15	-	-	-
5 (N= 153)	55*	42*	32	23**	28**	16	1	4	2
TOTAL (N= 306)	107*	98*	67	50**	46**	31	1	4	2

H= Hombre.

M= Mujer.

N= Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas.

*** = No incluye la opcion de subrogar la desición.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 7. ACTITUD DE BENEFICIO AL PACIENTE EN FUNCION DEL GRADO ACADEMICO DEL ESTUDIANTE.

NUMERO DE PREGUNTA	SI BENEFICIA			NO BENEFICIA			LA SUBROGA		
	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%
4 (N= 153)***	54*	54*	35	24**	21**	15	--	-	-
5 (N= 153)	51*	46*	32	24**	27**	16	3	2	2
TOTAL (N= 306)	105*	100*	67	48**	48**	31	3	2	2

6o. = Sexto año.

5o. = Quinto año.

N= Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas.

*** = No incluye la opción de subrogar la desición.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

TABLA 8. RECONOCIMIENTO A LA CAPACIDAD DE DECIDIR DEL PACIENTE EN FUNCION DEL SEXO DEL ESTUDIANTE.

NUMERO DE PREGUNTA	SI LA RECONOCE			NO LA RECONOCE		
	H	M	%	H	M	%
6 (N= 153)	24*	10*	11	55**	64**	39
7 (N= 153)	49*	35*	28	30**	39**	22
TOTAL (N= 306)	73*	45*	39	85**	103**	61

H = Hombre.

M = Mujer.

N = Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 9. RECONOCIMIENTO A LA CAPACIDAD DE DECIDIR DEL PACIENTE EN FUNCION DEL GRADO ACADEMICO DEL ESTUDIANTE.

NUMERO DE PREGUNTA	SI LA RECONOCE			NO LA RECONOCE		
	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%
6 (N= 153)	24*	10*	11	54**	65**	39
7 (N= 153)	39*	45*	28	39**	30**	22
TOTAL (N= 306)	63*	55*	39	93**	95**	61

6o. = Sexto año.

5o. = Quinto año.

N = Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Respuestas correctas.

** = Respuestas incorrectas.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

TABLA 10. CONOCIMIENTO DE ALGUNOS ASPECTOS LEGALES EN MEDICINA EN FUNCION DEL SEXO DE LOS ESTUDIANTES.

NUMERO DE PREGUNTA	SI LOS TIENE			NO LOS TIENE			NO CONTESTA		
	H	M	%	H	M	%	H	M	%
8 (N= 153)	12*	10*	5	67**	64**	28	0	0	0
9 (N= 153)	36*	24*	13	33**	42**	17	8	8	4
10 (N= 153)	43*	28*	15	36**	46**	18	0	0	0
TOTAL (N= 459)	91*	62*	33	138**	152**	63	8	8	4

H = Hombres.

M = Mujeres.

N = Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

TABLA 11. CONOCIMIENTO DE ALGUNOS ASPECTOS LEGALES EN MEDICINA EN FUNCION DEL GRADO ACADEMICO DE LOS ESTUDIANTES.

NUMERO DE PREGUNTA	SI LOS TIENE			NO LOS TIENE			NO CONTESTA		
	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%	6o.	5o.	%
8 (N= 153)	18*	4*	5	60**	71**	28	0	0	0
9 (N= 153)	36*	24*	13	39**	38**	17	3	13	4
10 (N= 153)	42*	29*	15	36**	46**	18	0	0	0
TOTAL (N= 459)	96*	57*	33	135**	155**	63	3	13	4

6o. = Sexto año.

5o. = Quinto año.

N = Cantidad total de respuestas obtenidas.

* = Cantidad de respuestas correctas.

** = Cantidad de respuestas incorrectas.

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

VIII. DISCUSION DE RESULTADOS

En el primer bloque de preguntas (tablas 4 y 5) que exploran el respeto a la decisión del paciente, se presentan escenas clínicas en donde el paciente toma una decisión aca se muestra una fuerte tendencia a dejar que sea un tercero quien decida si aceptar o no, la voluntad expresada por el paciente (32%) actitud que posiblemente refleje inmadurez de juicio ante un problema médico, cuyo ejercicio no se aprende en nuestra facultad y cuya orientación academica es sustancialmente casual (mecanicista) o biologista) y que deja afuera al paciente como persona capaz de decidir por si misma, lo cual evidencia el paternalismo que de antaño orienta esta relación. Sobresale en esta tabla el escaso valor de respeto a la decisión del paciente (18%), pero aun mas el no respetar (49%), subrayando la posición referida, lo que constituye un indicador grave potencialmente de riesgo ético legal en la relación médico paciente y sugiriendo que el concepto de autonomia del paciente no forma parte substancial del acervo de conocimientos de este grupo estudiado

En el segundo bloque de preguntas (tablas 6 y 7) el cual conforma situaciones clínicas que pretenden identificar en el estudiante, su actitud de beneficio al paciente, siendo las respuestas positivas mayoritariamente (69%) por lo que se deduce que el grupo de estudiantes encuestados es capaz de discernir en las situaciones clínicas presentadas, lo que es mejor para el paciente, sin embargo este resultado podria estar condicionado por el paternalismo que en nuestro medio existe por parte del médico. Además hay que hacer notar que el 31% de los encuestados respondieron negativamente, quienes no fueron capaces de discernir que es mejor para el paciente, por las mismas razones anteriores, de falta de enseñanza. Por ejemplo el caso 4 de este bloque (ver anexo) enfrenta al estudiante ante la necesidad de realizar diálisis peritoneal a un hombre y una mujer; sin embargo se asienta que el hospital tiene recursos limitados para este procedimiento. 45 estudiantes convinieron en no dializar a ambos pacientes, probablemente lo hicieron basandose en la razon de los recursos limitados para este procedimiento y con ello estan optando por los intereses institucionales por encima de los del paciente a quien se deben, convirtiendose de hecho en agentes de la institución y no en abogados del enfermo. Si se decidieron por dializar solo a uno de ellos, podrian haber basado su decisión considerando las edades referidas en el caso (81 el hombre y 18 la mujer), o el sexo, o quizá pensando en terminos de calidad de vida, productividad, esperanza de vida etc. lo que hace desviar tambien la verdadera actitud de beneficiencia. Un 2% de los estudiantes dejo que un tercero decidiera por ellos, eludiendo el compromiso.

En relación a la capacidad de decidir del paciente (tablas 8 y 9) tambien resulta cuestionado con un ejemplo cotidiano (ver anexo, pregunta numero 6) en que se pregunta al estudiante quien debe firmar la aceptación quirurgica de una salpingoclasia. Se decidieron por la mujer (la paciente unicamente) 34 estudiantes (22%) y por el esposo, ambos o los padres de la paciente 119 estudiantes (78%), se acepta que firmen indistintamente, la mujer, el esposo o los padres de la mujer. Si bien es cierto que un procedimiento quirurgico como el planteado por su esencia compete al ambito reproductivo de la pareja es recomendable y deseable que entre ambos conyuges, haya un acuerdo al respecto; sin embargo la decisión inequivoca corresponde a la mujer, detentora del derecho a decidir y en capacidad de ejercerlo. En nuestro medio quedan

fuertes actitudes patriarcales que cuestionan y someten a la mujer negándole su derecho a decidir en libertad y que impregnan al médico, como se expresa en este ejemplo. Inclusive de las 74 estudiantes mujeres de este estudio, solo 10 (14%) reconocieron que la mujer unicamente devia firmar la aceptación quirurgica, contra 64 estudiantes mujeres (86%) que no reconocen este derecho. En general, el reconocimiento a la capacidad de decidir se tuvo en un 39% contra un 61% negativo.

En cuanto a algunos conceptos legales en medicina (tablas 10 y 11) se obtuvo el 63% de estudiantes que no poseen conocimiento al respecto, contra un 33% que si los posee, mas un 4% que no respondió las preguntas. Lo que señala un deficiente conocimiento de estos aspectos, y por consiguiente la potencial violación de un derecho.

Los casos presentados seguramente generaran controversias por la falta de experiencia que se tiene de enfrentar los problemas médicos desde una optica diferente, enfocada a curar y medicalizar la atención a los problemas de salud, sin considerar el o los derechos que al enfermo asisten como interlocutor válido de la relación médico paciente, a la inequitativa legislación en materia de salud construida desde la perspectiva médica y no de la del paciente, y a las debiles estructuras éticas y jurídicas que las sustentan mientras se trata al enfermo como objeto y no como sujeto.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación en este grupo de estudiantes sugiere un desconocimiento importante, hacia algunos derechos del paciente y sobre algunos aspectos legales que norman la profesión, en el grupo estudiado, siendo el mas afectado el aspecto de "Autonomia del paciente" (tablas 4, 5, 8, y 9), donde un 73% de los estudiantes contestaron equivocadamente.

Esta es una pequeña muestra en la exploración de la actitud médica, hacia algunos de los derechos del enfermo. Reconozco que la validación de este trabajo tendrá objeciones, puesto que no fue sometido a consideración de expertos en ética, leyes y relaciones deontologicas médico paciente, que el número breve de casos presentados, no incluye entre otros, casos controversiales, y de que su aplicación a un grupo de estudiantes con poca experiencia, puedan representar mas una opinión que una actitud.

El conocimiento sobre aspectos legales que rigen la profesión, en este grupo de estudiantes es significativamente bajo, puesto que solo el 33% de estudiantes contestaron acertadamente a las preguntas de los casos planteados.

El estudio tambien tiende a concluir, que para el grupo de estudiantes investigados, no toman en consideración las opiniones y mas aun las desiciones de los pacientes, relegandoles a ser solo objetos de la relación medico paciente y acentuando el paternalismo médico.

X. RECOMENDACIONES

1. Ampliar por parte de la Facultad de Ciencias Médicas, este campo del conocimiento médico para robustecer la relación médico paciente en terminos de corresponsabilidad, en un marco de justicia y respeto mutuo.
2. Fomentar el conocimiento sobre Etica Médica y específicamente sobre Derechos del Paciente, así como de Moral y de ser posible, incluirlos como parte del contenido curricular de la Carrera de Medicina.
3. Considero que trabajos como el presente, pueden ser un punto de partida útil, para abrir una línea de investigación hacia estos derechos que retroalimenten al médico y le haga sensible al respeto a la Autonomía del Paciente y la obligación de beneficiarle por encima de cualquier otra consideración, en un marco de equidad y justicia, para ofrecer con ello una atención médica, acorde a los tiempos modernos cuyos vientos pretenden dejar atrás el paternalismo y restituir el papel protagonista al enfermo, primera y última razón del que hacer médico, en su dimensión personal, ética y legal y reducir el riesgo potencial de demandas en el ámbito de la responsabilidad profesional, cada día más cercano.
4. La Universidad de San Carlos de Guatemala y la Facultad de Ciencias Médicas, como parte de una institución y responsable de la formación de profesionales de la salud, podrían influir mediante los mecanismos necesarios, para que en nuestro país, exista una legislación médica más eficiente y específica en los aspectos más importantes, en donde se incluya al paciente como ser humano, con derechos y no como simple objeto.

XI. RESUMEN

En el presente estudio de tesis, fueron investigados 153 estudiantes de quinto y sexto año de ambos sexos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes en el mes de enero de 1996 finalizaron su práctica hospitalaria, en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios, para determinar los conocimientos que poseen sobre Derechos del Paciente.

Fue aplicado un cuestionario tipo opción múltiple, que explora las áreas de: a) Respeto a la decisión del Paciente. b) Actitud de beneficio hacia el paciente. c) Reconocimiento a la capacidad de decidir del paciente. y d) Conocimientos de aspectos legales en medicina; obteniéndose los siguientes resultados:

1. No respetaron el derecho a decidir del paciente el 49%, el 18% si lo hace y un 32% subroga la decisión a un tercero.
2. Benefician al paciente el 67%, el 31% no lo hace y un 2% subroga la decisión a otro.
3. Reconocen la capacidad de decidir del paciente el 39% y el 61% no lo reconoce.
4. 33% acertaron en conocimientos legales, 63% no lo hizo y un 4% decidió no responder.

El estudio sugiere un desconocimiento importante, hacia algunos derechos del paciente y sobre algunos aspectos legales que norman la profesión, en el grupo estudiado.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Bisteni, A. Reglamentación y limitaciones éticas de la investigación en seres humanos. Arch. Inst. Cardiol. Mex. 1992 sep oct. vol. No. 62: 449-452. -
2. Cardenas, M. Cambio en la relación médico paciente por la automatización de la medicina. Arch. Inst. Cardiol. Mex. 1992 sep oct. vol. No. 62: 453-455.
3. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19a. ed. Mexico D. F. Interamericana. 1994 t. I (p.p. 1-14).
4. Drane, J.F. Metodos de Etica Clínica. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 mayo jun 108 (5-6): 415-425.
5. Ferez, S. El comportamiento ético de los médicos. Arch. Inst. Cardiol. Mex. 1992 sep-oct. vol. No. 62: 457-460.
6. Franca, P.O. Propuesta para la enseñanza de la ética médica en Latinoamérica. Rev. Med. Uruguay. 1992 dic. 8 (3): 174-179.
7. Fuenzalida, H.L. Transplante de organos. La respuesta legislativa en América Latina. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-5): 445-464.
8. Fuenzalida, H.L. et. al. El derecho a la salud en las Americas. OPS 1989 (Publicación científica No. 509).
9. Gracia, D. La bioética médica. Biol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 374-378.
10. Harrison. Principios de Medicina Interna. 13a. ed. Madrid. Interamericana 1994 t. I (p.p. 1-10).

11. Lara, M.C. et. al. Sobre el consentimiento informado. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 439-444.
12. Neghme, A. La ética en la práctica médica actual. Rev. Med. Chile 1985 jun. 113 (6): 590-592.
13. Organización Panamericana de la Salud. Codigos Internacionales de Etica. Bol. Oficina.Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 619-624.
14. Organización Panamericana de la Salud. Cartas de Derechos del Paciente. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 642-644.
15. Pellegrino, E.D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 379-390.
16. Piwonka, M. A. et. al. Saber bien para hacer bien. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 426-430.
17. Scholle, S. et. al. Introducción. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6) 369-373.
18. Serrano, D. et. al. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 489-499.
19. Velez, S.A. Etica Médica; Interrogantes acerca de la Medicina, la vida y la muerte. 1a. ed. Medillin Servigraficas Ltda. 1989, 369 p.
20. Vilardell, F. Problemas éticos de la tecnología médica. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1990 may-jun. 108 (5-6): 399-405.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo:

Año que cursa:

Instrucciones: A continuación se la plantean una serie de casos, marque con una x o encierre en un circulo, la opción que a su juicio es la correcta para cada caso que se plantea.

CASO 1

1. Mujer de 85 años con demencia avanzada, que había sido alimentada durante 4 años, rechaza todo alimento cerando la boca. Su esposo comunica que ella no quiere vivir con medidas extraordinarias y solicita ,que no se le apliquen sondas para alimentación ni otros medios artificiales, con este proposito.

Pregunta: Que procedimiento considera mejor para esta paciente ?

1. Realizar una serie gastroduodenal.
2. Prescribir una dieta balanceada por sonda nasogastrica.
3. Administrar Haloperidol por via IM.
4. Acatar las indicaciones del esposo.
5. Obtener consentimiento oficial para suspender la alimentación e hidratación.

CASO 2.

Paciente masculino de 52 años con diagnostico de tumor cerebral maligno, con pronostico malo comunica a los médicos que no desea ningun tipo de intervención que le prolonge la vida con sufrimiento.

Pregunta: Que considera usted que es conveniente hacer con el paciente ?

1. Cirugia cerebral.
2. Cirugia cerebral y radioterapia.
- 3 Radioterapia.
4. Acatar la desición del paciente.
5. Consultar con la familia.

CASO 3.

Paciente masculino de 30 años, se encuentra en la emergencia con fallo cardiorespiratorio, secundario a un aneurisma cerebral, el cual es imposible de remover quirúrgicamente, sin provocar daño irreversible e incluso eventualmente fatal. Con anterioridad el paciente había comunicado que ante esta situación, no se le practicara ningún tipo de tratamiento.

Pregunta: A su criterio que decisión tomaría usted?

1. Iniciar masaje cardiaco.
2. No intentar revertir el fallo cardiorespiratorio.
3. Pedir la opinión de la familia.
4. Hacer una traqueotomía.
5. Intubación traqueal y choque eléctrico.

CASO 4

El hospital cuenta con recursos limitados para realizar diálisis peritoneal con catéter rígido y usted como médico de la institución, tiene dos pacientes con insuficiencia renal aguda que requieren este procedimiento. Uno de ellos es un hombre de 81 años, cuya insuficiencia es complicación post operatoria de hernioplastia inguinal, el otro es una mujer de 18 años que hizo la insuficiencia secundaria a un shock hipovolémico ya corregido.

Pregunta: Que decisión escogería usted?

1. Dializar a ambos pacientes.
2. Dializar solo a la mujer.
3. Dializar únicamente al hombre.
4. Dar manejo conservador al hombre.
5. Dar manejo conservador a la mujer.

CASO 5.

A la emergencia llega un paciente con shock hipovolémico, secundario a diarrea severa por cólera. Los reglamentos y normas del hospital son específicos en cuanto a que todo caso de diarrea deben ser tratados en la unidad especial y destinada para ello, con lo cual se trata de evitar la contaminación.

Pregunta: Que actitud tomaría usted?

1. Enviar al paciente a la unidad del cólera.
2. Iniciar tratamiento inmediato en la emergencia, aun con el riesgo de contaminación.
3. Pedir opinión de otros colegas.
4. Trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos.
5. Consultar con el jefe inmediato.

CASO 6.

Ante una paciente de 40 años de edad, que a tenido 8 hijos y que consulta por una leucorrea leve, usted aconseja además de tratar su problema actual, un método definitivo de control de la fertilidad. La paciente decide la salpingoclasia.

Pregunta: Quien debe firmar la aceptación quirúrgica?

1. La paciente.
2. El esposo.
3. La paciente y su esposo.
4. Los padres de la paciente.
5. Cualquiera de los anteriores.

CASO 7

Ante un paciente de 25 años de edad, soltero con diagnóstico de aneurisma cerebral, al paciente se le explica e informa sobre la resección del mismo y de las posibilidades de resultado fatal o de daños irreversibles de un procedimiento quirúrgico.

Pregunta: Quien cree usted que es el o los indicados para decidir?

1. Los padres del paciente.
2. Los padres y el paciente.
3. El paciente.
4. El neurologo.
5. El neurocirujano.

CASO 8

En el servicio de urgencias, se recibe a una paciente, con contusión cerebral severa, en como profundo y abdomen agudo. Nadie la acompaña y se decide de urgencia realizar una laparotomía exploradora, previos estudios de laboratorio indispensables.

Pregunta: Quien debe justificar legalmente la decisión quirúrgica sin el consentimiento de la paciente.

1. El médico que recibe a la paciente.
2. El cirujano del hospital.
3. El cirujano y otro médico.
4. El director del hospital.
5. El jefe del servicio de urgencias.

CASO 9

Paciente de 52 años, casado con trauma craneoencefalico (TCE) es considerado muerto a las 72 horas de su ingreso. El paciente esta usando un ventilador mecanico, el cual desean los familiares sea desconectado para poder llevarse a su ser querido.

Pregunta: Quien cree usted que tiene la autorización legal para ordenar que le retiren el ventilador.

1. El conyuge.
2. Los padres del paciente.
3. Los hijos mayores del paciente.
4. El médico tratante.
5. El director del hospital.

CASO 10

Un paciente de 20 años de edad, desea donar un riñon, a otro paciente de 40 años con insuficiencia renal cronica, secundaria a glomerulonefritis aguda.

Pregunta: Quien considera usted que es o son los indicados para firmar el consentimiento escrito?

1. Los padres del donante.
2. El donante.
3. El donante juntamente con los padres.
4. El receptor.
5. El donante y el receptor.

ANEXO 2

COMENTARIOS Y DISCUSION DE LOS CASOS

Los casos del cuestionario anterior exploran las siguientes areas: a) El respeto a la autonomia del paciente (capacidad de decidir y respeto a la desición del paciente, b) actitud de beneficio al paciente y c) algunos aspectos legales. Por lo que a continuación se comentan la opciones correctas para los casos descritos.

CASOS 1, 2 Y 3

Se consideran respuestas correctas, las opciones 4, 4 y 2 respectivamente, lo cual demuestra respeto a la desición del paciente y con ello no se viola su autonomia

CASOS 4 Y 5

Se consideran respuestas correctas las opciones 1 y 2 respectivamente, lo cual demuestra una actitud de beneficio hacia el paciente, por parte del médico, por sobre cualquier tipo de interes.

CASOS 6 Y 7

Se consideran respuestas correctas las opciones 1 y 3 respectivamente, lo cual demuestra el reconocimiento a la capacidad de decidir del paciente. Los pacientes son los unicos capaces de ejercer su derecho a decidir, solo en caso de incapacidad de los paciente, que no son los casos presentados, podrian firmar el consentimiento otras personas.

CASOS 8, 9 Y 10

Se consideran respuestas correctas, las opciones 3, 1 y 5 respectivamente lo cual demuestra conocimientos sobre algunos aspectos legales que rigen la profesión médica. Por ejemplo para el caso 10 se acepta juridicamente la donación de organos que no se regeneren a mayores de 18 años, con el consentimiento escrito del donante y el receptor.

ANEXO 3

JURAMENTO HIPOCRATICO.

Juro por Apolo y Asclepio e Higieia y Panaceia y todos los dioses y diosas haciendolos testigos, cumplir acorde mis capacidades y juicio, estas promesas:

Considerar al que me ha enseñado a mi este arte como igual a mis padres; vivir mi vida en su compañía; si necesita dinero darle parte del mio; mirar sus hijos como iguales a mis hermanos y enseñarle a ellos este arte si ellos desean aprenderlo; sin exigir convenio ni recibir remuneración por ello; dar los preceptos e instrucciones orales y todos los otros conocimientos a mis hijos y a los hijos de aquel que me ha instruido y a los alumnos que previo convenio hayan hecho el juramento acorde con la ley médica, no a otra persona.

Aplicar regimenes para beneficio del paciente acorde a mi habilidad y juicio; guardere a estos, libres de prejuicio e injusticia.

No dare una droga mortal a nadie si me lo solicita, ni sugerire este efecto. Igualmente no dare a ninguna mujer un abortivo. Guardere mi vida y mi arte con pureza y santidad.

No usare el escalpelo aun en pacientes que sufren de calculo y estare dispuesto a retirarlo en favor de estos pacientes cuando sean tratados de este modo. En toda casa que yo visite ire solo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala y en particular de relaciones sexuales con mujeres u hombres, sean ellos libres o esclavos.

Lo que yo pueda ver y oír en el curso del tratamiento o aun fuera de el con respecto a los seres humanos que no deba divulgar, lo guardere dentro de mi mismo considerando hablar de ello algo deshonoroso para mi.

Si yo cumplo este juramento y no lo violo se me concederá gozar la vida y el arte, siendo honrrado con la fama entre todos los hombres en el tiempo venidero, si no lo cumplo o lo juro falsamente, lo opuesto a lo anterior me sucederá.