

Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos

Informed consent in medical practice: factors associated to its acquaintance in Peruvian physicians

Salomón Zavala¹, Cecilia Sogi¹, Ana Delgado¹, Maximiliano Cárdenas²

¹ Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

² Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen

Objetivos: Identificar factores asociados al conocimiento sobre consentimiento informado en médicos peruanos. **Diseño:** Estudio retrospectivo, en base a un examen de conocimiento. **Institución:** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. **Participantes:** Médicos postulantes a la segunda especialización. **Métodos:** Se utilizó una base de datos del examen de conocimiento sobre el tema, de 1 486 médicos postulantes a las plazas de residencia de la UNMSM, 2009. Las variables edad, sexo, universidad de procedencia y año de egreso fueron clasificadas en dos categorías, y el puntaje total de aciertos en el examen en tres categorías. Se usó el SPSS 15 para prueba del chi cuadrado y análisis multivariado; y Atlas ti para análisis de los comentarios. **Principales medidas de resultados:** Conocimiento teórico sobre consentimiento informado. **Resultados:** Se halló diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de aciertos por edad, sexo, universidad y año de egreso. En el análisis multivariado el mayor puntaje de aciertos se relacionó con ser varón, menor edad, egresado entre 2004 y 2008 y egresado de la UNMSM. **Conclusiones:** El conocimiento teórico sobre consentimiento fue mejor en médicos más jóvenes y su conocimiento práctico en los de mayor experiencia clínica. El mejor puntaje de aciertos en egresados de UNMSM estaría relacionado con mayor formación ética del grupo de docentes que enseñan ética y la calidad de su alumnado.

Palabras clave: Consentimiento informado; conocimiento; factores asociados; Perú, médicos.

Abstract

Objectives: To identify factors associated to the informed consent acquaintance in Peruvian physicians. **Design:** Retrospective study, based in a comprehensive exam. **Setting:** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. **Participants:** Physicians postulating medical specialization. **Methods:** A data base of 1 486 physicians applying to the 2009 residency program at San Marcos University who answered an informed consent acquaintance examination was used. Sex, age, university of origin and year of graduation were classified in two categories and the total score obtained in the examination in three categories, in order to procedure with bi and multivariate analysis. SPSS 15 program for chi square and multivariate analysis and Atlas ti program for comments qualitative analysis were used. **Main outcome measures:** Theoretical knowledge on informed consent. **Results:** Significant statistical differences in the frequency of correct answers by age, sex, university of origin and year of graduation were found. With multivariate analysis highest right scores were associated to being male, younger, graduated between 2004 and 2008, and graduated from San Marcos University. **Conclusions:** Theoretical knowledge on informed consent was better in younger physicians while their practical knowledge was better in physicians with more experience. Better score in correct answers in those graduated at San Marcos University would be related to better ethical training of their teachers and quality of medical students.

Key words: Informed consent; knowledge; associated factors; Peru, physicians.

An Fac med. 2010;71(3):171-7

INTRODUCCIÓN

Diego Gracia, experto internacional en bioética, hace referencia a una revolución médico sanitaria ocurrida en las últimas décadas: "en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios". El autor cita tres razones que explican esta revolución: 1) la mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo; 2) las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica médica; y, 3) el modo como los poderes públicos, en particular el Estado, han diseñado y gestionado la política sanitaria ⁽¹⁾.

La mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo implica que, hoy en día, los pacientes tienen mayor conocimiento acerca de su derecho a participar en la toma de decisiones sobre su estado de salud, es decir, su derecho al consentimiento informado. Esta nueva forma de ver la relación médico paciente debería ser incorporada en la formación de los futuros médicos.

Orígenes del consentimiento informado

El consentimiento se estableció como obligación de los Estados en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), entendido como derecho humano a la integridad ⁽²⁾.

El término consentimiento informado (CI), acuñado en la jurisprudencia norteamericana en 1957, se introduce en la atención clínica a partir de la Carta de Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales, en 1973, y en la investigación biomédica con el Informe Belmont (1979), de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* ⁽³⁾.

En los Estados Unidos, un estudio a gran escala patrocinado por la *President's Commission* confirmó el deseo del paciente de participar en la decisión concerniente a su tratamiento médico. En la práctica médica, sin embargo, la introducción del consentimiento informado

enfrentó dificultades. Así, Berg y col., señalaron que: a) las reglas que gobiernan el CI funcionan a un nivel de generalidad y resulta difícil para los médicos tenerlos en cuenta en su trato con pacientes; b) la organización del hospital y la práctica privada ofrece escasa oportunidad para la adecuada comunicación médico paciente; y, c) la resistencia de los médicos a los imperativos morales del CI ⁽⁴⁾.

En España, una encuesta realizada en 1990 para valorar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos halló que el flujo de información desde los médicos hacia los usuarios no es, en conjunto, satisfactorio ⁽⁵⁾.

Consentimiento informado en la actualidad

La definición del consentimiento informado del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos, de 1984, señala: "El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente" ⁽⁵⁾.

La interpretación de la frase: "Favorecer o al menos no perjudicar" del libro *Las Epidemias*, según Diego Gracia es: "Estrictamente paternalista. No es necesario que así suceda. Y, si el favorecer se entiende conforme a los principios del consentimiento informado, no se ve por qué no ha de seguir siendo el santo y seña de la ética médica". Esta tesis también es defendida por E. Pellegrino y D. Thomasma en su libro *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. En la relación médico paciente, cada parte tiene su propia responsabilidad moral. El enfermo debe actuar conforme al principio de autonomía y la sociedad y el Estado de acuerdo con el principio de justicia, pero el médico debe seguir

aportando a esa relación el principio ético de beneficencia ⁽⁶⁾.

El consentimiento informado en el Perú

El Comité de Bioética del Consejo Nacional de Salud, preocupado por el tema que nos ocupa, llevó a cabo dos seminarios talleres: 1) El consentimiento informado y la ética clínica, el 5 y 6 de julio de 2006; y 2) Estrategias para la implementación del consentimiento informado en el Perú, el 26 de noviembre del 2009. En este último evento, se elaboró una guía para la confección de un documento de consentimiento informado en la práctica clínica. En esta se señala que la obtención del consentimiento en la práctica clínica e investigación biomédica es por mandato de la Ley General de Salud (1997), de la Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud (2004) y del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (2007) ⁽⁷⁾.

En el documento citado se afirma que: "Los médicos peruanos establecen diferencias respecto a que muchos pacientes, por diversas razones, pueden plantear demandas irracionales antes o después de los procedimientos, como es el caso de pacientes con costumbres ancestrales de escasa comprensión por la medicina occidental y la incompatibilidad idiomática que no puede expresar con precisión los objetivos propuestos. Ello ocurre sobretodo en casos de emergencias o urgencias calificadas, pacientes terminales, pacientes con alteraciones neurológicas o psiquiátricas, y en quienes resulta difícil establecer la capacidad de comprensión debido a severo estrés o *shock*". Proponen recomendaciones para el proceso del consentimiento en la atención de personas de entornos culturales diferentes a las occidentalizadas ⁽⁷⁾.

La Ley General de Salud, en su artículo 4, título I, de los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, dice: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo..." ⁽⁸⁾. En diciembre del 2002 se da el Reglamento que modifica la citada Ley

General de Salud. En esta se utiliza por primera vez el término consentimiento informado en una normatividad legal nacional. Así, en el artículo 3.3, título II, definiciones, dice: "La aceptación por parte del paciente de una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria o consciente, después que el médico le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios" ⁽⁹⁾.

El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (octubre 2007), en su título II: De la atención y cuidado de los pacientes, capítulo 1, del acto médico, artículo 55 dice: "En pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito...". El capítulo 2: Del respeto de los derechos del paciente, artículo 63 señala el derecho a la información, aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, y conocer el nombre del médico responsable de la atención así como de las demás personas que participan en ella ⁽¹⁰⁾.

Enseñanza de la ética

A finales de 1970, en los Estados Unidos, se inició un movimiento que posteriormente conformaría la *Society for Health and Human Values*; luego se crearía el *Institute on Human Values in Medicine*, que impulsaba el establecimiento de programas docentes de humanidades médicas en las escuelas de medicina norteamericanas ⁽¹¹⁾.

Una década después, en Europa, el Comité Permanente de Médicos declaró que la ética médica debería ser enseñada en todas las escuelas de medicina, en una resolución sobre enseñanza de la ética adoptada en noviembre de 1982 (CP 82/153, Item 9,3) ⁽¹²⁾.

Existieron, además, esfuerzos de consenso para la óptima puesta en marcha de la enseñanza ética en las escuelas de medicina, en los Estados Unidos ⁽¹³⁾, Reino Unido ⁽¹⁴⁾, Australia y Nueva Zelanda ⁽¹⁵⁾ y España ⁽¹⁶⁾. En Latinoamérica,

Siqueira señala que, en 1985, el Consejo Federal de Medicina de Brasil emitió una resolución de consenso de los docentes de 58 escuelas de medicina para que la ética médica sea una disciplina autónoma, que debería ser ofrecida a lo largo de toda la carrera médica. La educación bioética en la región, sin embargo, se encuentra actualmente en una etapa incipiente y carente de uniformidad ⁽¹⁷⁾.

Estudios empíricos sobre educación ética

En la escuela de medicina de la universidad de Nueva México, Roberts y col. hallaron que los estudiantes pidieron se preste mayor atención a todos los aspectos del consentimiento informado, en especial los relacionados con la obtención del consentimiento en pacientes con compromiso de su capacidad de decisión, decisión sustituta, pacientes que no hablan el idioma, y los que rechazan el tratamiento recomendado ⁽¹⁸⁾.

Los objetivos del presente estudio fueron examinar la relación entre variables sociodemográficas (sexo, edad, universidad de procedencia y año de egreso) y el conocimiento sobre el consentimiento informado en la práctica clínica, en una población de médicos peruanos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo. El material del estudio fue una base de datos que contiene los resultados de un examen de conocimiento sobre consentimiento informado, de 1 486 médicos postulantes a las plazas de residencia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), en el 2009. El instrumento constó de nueve preguntas objetivas de elección múltiple y datos de sexo, edad, universidad de procedencia y año de egreso del postulante. Una publicación previa de los autores describió el instrumento así como su validez y confiabilidad, así como los procedimientos seguidos para la recolección de datos ⁽¹⁹⁾.

A continuación se describe los procedimientos seguidos para el análisis de los factores asociados al conocimiento sobre

Tabla 1. Características de los participantes y aciertos.

Edad:	30 años -	700 (47,1%)	31 años +	786 (52,9%)
Sexo:	Varones	985 (66,3%)	Mujeres	501 (33,7%)
Universidad:	UNMSM	432 (29,0%)	Otras	1054 (71,0%)
Año de egreso:	2004-2008	1058 (71,2%)	2003 -	428 (28,8%)

Total de aciertos: 0-3 = 355 (23,9%); 4-5 = 738 (49,7%); 6-9 = 393 (26,4%)

consentimiento informado. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para prueba del chi cuadrado y análisis multivariado, y el Atlas ti para análisis cualitativo de los comentarios. Se consideró significativo valores de $p < 0,05$.

Los factores o variables examinadas fueron: edad, sexo, universidad de procedencia y año de egreso (que denominamos variables sociodemográficas); el conocimiento sobre consentimiento informado fue la respuesta correcta en las preguntas P1 a P9 y el puntaje total de aciertos alcanzados por cada participante en el estudio (entre 0 y 9 puntos).

Para la exactitud del análisis bi y multivariado, los casos perdidos (missing) en datos sociodemográficos fueron reemplazados: en sexo 140 (9,4%) por el más frecuente, varones; en edad 159 (10,7%), por el promedio, 32 años; universidad de procedencia 218 (14,7%), se prorrateó entre UNMSM y otras; año de egreso 182 (12,2%) se reemplazó por el más frecuente, 2007. Luego, se procedió a hacer puntos de corte en edad, es decir, 30 años y menores y mayores de 31 años, tomando en cuenta la edad promedio de

los 1 486 participantes, 31 años. El sexo se agrupó en varones y mujeres. La universidad de procedencia en UNMSM y otras, de un lado porque los procedentes de la UNMSM fueron el porcentaje mayoritario (21,5%) y, de otro, nos interesaba hacer esta comparación. El año de egreso, en 2004-2008 y 2003 hacia delante, en base al año de egreso promedio de 2004. El puntaje total de aciertos se clasificó en tres grupos. En la tabla 1 se presenta la proporción y el porcentaje de los grupos creados para fines comparativos.

Se procedió al análisis multivariado entre el puntaje total de aciertos (variable dependiente) y las variables sociodemográficas (independientes).

RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación corresponden a 1 486 médicos postulantes al examen de admisión de las plazas de residencia en la UNMSM, año 2009. El 56% fue varón. La edad promedio fue 31,5 (DE 5,1), edad mínima 23 y máxima 58.

Tabla 2. Conocimiento del consentimiento por edad.

	30 - (n = 700)	31 + (n = 786)	p
P1 La obtención del CI en salud intenta			
b) Mejorar la calidad ética de la relación clínica	59	53	*
P3 La información debe ser aquella			
b) Necesita cada paciente en forma particular	28	23	*
P7 Mayor obligación ética y legal de dar información			
c) Tratamiento experimental	70	56	***
P8 Se justifica éticamente ocultar información cuando			
a) Paciente tiene riesgo suicida	56	64	***
P9 Rechazo del CI pese a situación vital			
a) Busco decisión sustituta	16	19	*

* $p < .05$; *** $p < .001$

Tabla 3. Conocimiento del consentimiento por universidad.

	UNMSM (n=432)	Otros (n=1054)	p
P4 Dificulta la participación del paciente en la decisión			
d) Dar toda la información médica posible	31,9	26,1	*
P7 Mayor obligación ética y legal de dar información			
c) Tratamiento experimental	69,9	60,0	***
Mayor puntaje total de aciertos	32,2	24,1	**

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Los participantes procedían de 26 escuelas de medicina del país y 14 del exterior. El mayor porcentaje, 21,5%, fue egresado de UNMSM, seguido de universidades nacionales de provincias: San Luis Gonzaga, Ica (7,0%), San Antonio Abad, Cusco (4,8%), San Agustín, Arequipa (4,8%) y Trujillo (4,0%); y de universidades particulares de Lima, San Martín de Porres (3,6%), y de provincias, Católica Santa María, Arequipa (2,6%).

El total de participantes egresó entre 1982 y 2008 y el año de egreso promedio fue 2004. Los egresados en los últimos cinco años (2004 a 2008) fueron 873 (58,7%) y los que lo hicieron en el 2003 hacia adelante, 431 (29%).

La frecuencia de aciertos en las preguntas sobre objetivo del consentimiento (P1) y características de la información (P3 y P7) fue significativamente mayor en aquellos de 30 años y menores; y la decisión en el consentimiento (P8 y P9), significativamente mayor en los de 31 años y más, tal como se observa en la tabla 2.

La frecuencia de aciertos fue significativamente mayor en varones en la P8 "Se justifica éticamente ocultar información cuando: a) Paciente tiene riesgo suicida", 62% versus 56% (p < .01), y P9 "Rechazo del CI pese a situación vital: a) Busco decisión sustituta", 21% versus 12% (p < .001).

La frecuencia de aciertos en las preguntas sobre características de la información (P4 y P7) y el mayor puntaje total de aciertos (6 a 9) fueron significativamente más frecuentes en egresados de la UNMSM (tabla 3).

La frecuencia de aciertos en las preguntas sobre características de la información (P3 y P7) fue significativamente mayor en los egresados en los últimos cinco años, mientras que la pregunta sobre decisión (P9) fue significativamente mayor en los egresados en 2003 para adelante (tabla 4).

En el análisis multivariado, el mayor puntaje de aciertos se relacionó con ser varón, menor edad, promociones recientes (egresados 2004 a 2008) y egresados de la UNMSM.

Las variables predictoras del puntaje total de aciertos fueron 69,901 (constante) -0,158 (sexo) -0,042 (edad) -0,032 (año de egreso) -0,126 (universidad de procedencia).

Comentaron sobre el cuestionario 115 participantes en el estudio (7,7%). Las características de este grupo fueron similares a las del total de participantes (1 486) con relación a edad promedio 31 años (DE 5,5), procedentes de la UNMSM (27,0%) y año de egreso entre 2004 y 2008 (61,7%). En relación al sexo, la proporción de varones fue algo mayor en este grupo (71%) que en el total de

participantes (56,8%). A continuación se presenta comentarios que señalan la necesidad de mayor formación en el tema y, finalmente, cómo percibieron la puesta en marcha del consentimiento informado en las instituciones de salud.

El 27% de los comentarios fue clasificado como relacionado con:

a) Necesidades de formación, tal como se relata en los siguientes ejemplos:

- "Es un tema que debe difundirse con mayor énfasis por la alta casuística de problemas legales en nuestro país"
- "Fortalecer la preparación ética de los futuros médicos, pues son cada vez mayores los conflictos éticos que se presentan en la práctica diaria y así evitar que el médico se vea desarmado y sin recursos para solucionarlos"
- "Se debería realizar cursos y talleres sobre este tema para poder estar mejor informados, debido a que es algo de interés común, en algunos casos de uso diario".

b) Deficiencias y vacíos en la formación ética:

- "No existe educación continuada de ética médica en el Perú"
- "En el SERUMS, DISAS, DIRE-SAS, CMP nunca capacitan o hacen este tipo de encuesta. No cumplen su papel regulador en este ni en otro tema"
- "Es un tema que enseñan muy poco en la universidad, al que se debe poner más énfasis".

Tabla 4. Conocimiento del consentimiento, por año de egreso.

	2004-2008 (n=1058)	2003- (n=428)	p
P3 La información debe ser aquella			
b) Necesita cada paciente en forma particular	27,0	21,0	**
P7 Mayor obligación ética y legal de dar información			
c) Tratamiento experimental	66,4	53,7	***
P9 Rechazo del CI pese a situación vital			
a) Busco una decisión sustituta	16,5	20,6	*

*p < .05; ** p < .01; *** p < .001

c) Educación del público sobre el CI:

- “Fortalecer por medios TV, radio y comunicación rural las actividades, la actitud y acción ética sobre el consentimiento informado. Que MINSA sea ente político de alfabetización en nuestra selva y serranía”.

d) Responsables de la formación:

- “Es necesario actualización de detalle de estos temas por parte del Colegio Médico de manera gratuita con el fin de desenvolvernos mejor en la práctica diaria”.

e) Sugerencias:

- “Poner en páginas Web del CMP algunos casos prácticos legales que se han vivido y su respectiva solución legal y recomendaciones. Hacer talleres y cursos de tal tema con participación de abogados experimentados en el caso”
- “He visto en mi práctica de 22 años como médico que mis colegas tienen miedo de decir la verdad a los pacientes y a sus familiares, y esto debe mejorarse a través de las universidades y el colegio médico”
- Es importante promover el conocimiento del consentimiento informado tanto para el paciente como para el médico y tratar de adecuarlo a la realidad existente en cada región”.

Algunos comentarios señalan que la obtención del consentimiento informado en la práctica clínica es inadecuada.

- “Se ha observado en muchos centros asistenciales de nuestro medio la carencia de aplicar adecuadamente el CI, a pesar del conocimiento por parte de los profesionales de la importancia de esta”
- “En ningún hospital al que he asistido se realizó de forma adecuada el CI. Los pacientes que se someten a cirugías electivas desconocen los riesgos y tienen la idea de que cualquier procedi-

miento tiene cero por ciento de morbilidad y/o mortalidad”

- “Lo real es que generalmente el consentimiento informado no toma ni tiene el verdadero valor ni se le da la merecida importancia. Muchas veces es un simple requisito. Quizás esto debería tomarse en cuenta para darle la importancia debida”
- “El consentimiento informado está poco difundido dentro de los hospitales nacionales y la gente no entiende con claridad dicho término”.

A pesar de que algunos participantes hicieron comentarios negativos al estudio, hubo otros favorables, tales como:

- “Sería ideal tener las conclusiones y resultados de la encuesta públicamente”
- “Era muy necesario este tipo de examen durante el proceso de admisión a la residencia médica”
- “Interesante iniciativa no solo para mejorar la relación médico paciente sino también mejorar la imagen del médico, en un tópico tan necesario como el presente. Sería interesante discutir y ampliar lo referente al consentimiento informado y costumbres socioculturales en zonas rurales”.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el conocimiento sobre objetivos del consentimiento informado y las características de la información que está obligado a dar el médico fue significativamente mejor en médicos más jóvenes (30 años y menores). Una interpretación del hallazgo sería que el tema del consentimiento informado es relativamente reciente en el Perú, tanto su introducción en la práctica clínica (Ley General de Salud vigente desde 1997) como su enseñanza en las escuelas de medicina.

La enseñanza formal de la ética en las escuelas de medicina peruanas data de hace un poco más de una década; sin

embargo, la ética hipocrática ha estado inmersa en la formación médica. Thomas Percival decía: “El médico dirá la verdad al enfermo siempre, salvo aquellos casos de diagnóstico infausto, es decir, en las enfermedades graves o mortales; en tales situaciones, se lo comunicará a los parientes y allegados que serán quienes tengan que decirlo al enfermo”⁽²⁰⁾. Esto explicaría el por qué el grupo de médicos mayores (31 años y más) tiene mejor conocimiento de cuándo ocultar información y qué hacer cuando el paciente rechaza el consentimiento.

Se podría concluir respecto a la edad, que el conocimiento teórico sobre consentimiento informado es mejor en médicos jóvenes, recién egresados, mientras que su conocimiento práctico lo es en médicos con mayor experiencia clínica.

Con relación a las diferencias en conocimiento sobre consentimiento por sexo, en nuestro estudio, significativamente más varones que mujeres acertaron en las preguntas cuándo se justifica éticamente ocultar información y qué hacer cuando el paciente rechaza el consentimiento pese a situación vital. Consideramos que este hallazgo no indica necesariamente que las mujeres tengan menor conocimiento del tema, sino que se debería a diferencias de actitud por género frente a una situación clínica. Así, Baldwin y col. hallaron aumento en el puntaje de razonamiento moral a lo largo de los cuatro años de estudios médicos, con mayor nivel en mujeres que en varones. Ellas estarían mejor preparadas para manejar las contradicciones inherentes a los niveles altos de razonamiento moral, porque balancean exitosamente las demandas de los estudios médicos con los deberes conflictivos que resultan de su identidad de género⁽²¹⁾.

Adicionalmente, Roberts y col. (ya citados), en estudiantes de la Universidad de Nueva México, hallaron que en las decisiones clínicas las mujeres ponen más énfasis en las relaciones, los valores, la compasión y la ética del cuidado, a diferencia de los varones que expresaron fundamentos más limitados o aproximaciones basadas más en normas. Asimismo, las mujeres expresaron mayor necesidad

de formación que los varones en todos los aspectos del consentimiento, siendo las diferencias significativas en temas de pacientes que rechazan tratamiento recomendado, decidir cuándo ocultar información, decidir cuánta información compartir y decisión sustituta⁽¹⁸⁾.

Adicionalmente, Bremberg y Nilstun, en su estudio del razonamiento ético de médicos generales noruegos utilizando viñetas de casos, hallaron que las mujeres se inclinaron más hacia la beneficencia médica que los varones, que se mostraron más indeciso⁽²²⁾.

Sobre las diferencias en conocimiento sobre consentimiento por universidad, en el Perú, la enseñanza formal de la ética se inició en 1986, en la escuela de medicina más antigua del país, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se tiene información de que dos escuelas, San Antonio Abad del Cuzco y Pedro Ruiz Gallo de Chiclayo, señalan que enseñan ética desde su creación (la primera en 1980 y la segunda en 1981); sin embargo, desconocemos si la enseñanza fue formal a través de cursos específicos o al interior de otros cursos de clínica.

Nuestro hallazgo de mejor conocimiento sobre consentimiento informado (mayor puntaje total de aciertos) en egresados de la UNMSM, tanto en el análisis bi como multivariado, nos lleva a señalar algunos hechos que se dieron en la Facultad de Medicina de la universidad: 1) Fue la primera en sacar adelante un Diplomado en ética, en 1999 y 2000; 2) Llevó a cabo una maestría internacional de Bioética, que tuvo lugar entre los años 2002-2003; 3) Se creó el Instituto de ética en salud, en el año 2003. En las dos actividades académicas participaron varios de los profesores que actualmente tienen a su cargo la enseñanza ética en la escuela de medicina.

Adicionalmente, los estudiantes de medicina de la UNMSM constituyen una población seleccionada a través de una rigurosa evaluación. Prueba de ello sería que en el Examen Nacional de Medicina (ENAM), en el 2008, "San Fernando ocupó el primer lugar, alcanzando el promedio institucional más alto a nivel

nacional en las seis áreas que conforman el examen, entre 2 046 internos provenientes de 23 facultades de medicina. En el 2009, por segundo año consecutivo San Fernando ocupó el primer lugar, alcanzando una media porcentual de 68,7650 y superando ampliamente el promedio nacional, que fue de 60,7650⁽²³⁾.

En cuanto a la necesidad de formación en consentimiento informado, en el Perú, la enseñanza ética es parte de la educación médica, y el consentimiento informado es parte del contenido temático considerado en los sílabos del curso (estudio en curso). Sin embargo, nuestro estudio reveló la necesidad de formación en el tema. Una interpretación sería que en el país no ha tenido lugar aún esfuerzos de consenso sobre la enseñanza ética en las escuelas de medicina; asimismo, el grupo docente con la necesaria formación es insuficiente; y la baja prioridad al curso tanto por parte de los profesores como de los propios alumnos.

Respecto a lo mencionado, Hafferty y Franks dicen: "aunque muchos reconocen que las consideraciones morales son parte de las decisiones médicas tanto como las técnicas, la mayoría de las escuelas de medicina (y su cuerpo docente) está satisfecha de ubicar el contenido y la enseñanza de la ética médica como una prioridad de segundo orden, relegada a los horarios inconvenientes en el currículo formal. A ello se añade el currículo oculto que transmite mensajes que pueden estar en conflicto con aquello que se enseña en cursos formales de ética médica o con aquello que pregona formalmente la institución como estándar de conducta ética... El resultado es el sentimiento de relatividad moral y cinismo en relación a la santidad de los estándares que se supone gobierna su vida profesional"⁽²⁴⁾.

En la enseñanza de la bioética, dice Diego Gracia, "debe proponerse tres objetivos: conocimientos, habilidades y actitudes; y que los primeros tienen carácter de medios respecto del tercero, que es el auténtico fin de todo proceso moral (pp 192)... El profesor ha de tener conocimientos y habilidades. Pero ha de tener ante todo carisma, el don de la mayéutica. Sócrates creía que era un regalo

de los dioses, una gracia, un don. Quien de veras lo tiene, nunca lo utilizará para manipular a sus interlocutores. El verdadero maestro es aquél que nunca utiliza el argumento de autoridad, que permite que todo se pueda y se deba discutir, que está abierto al diálogo, que está convencido de que los argumentos de los demás son respetables y deben ser tomados en serio, que no es dogmático, ni fundamentalista, ni autoritario ni histórico" (pp 193).

Para lograr cambio de actitudes de los médicos, Berg y col., ya citados, señalan la necesidad de esfuerzos sistemáticos para educar a los médicos. Para ello, los médicos deben ser: 1) expuestos a los principios éticos que subyacen al CI, de modo que los entiendan y, lo que es más importante, que los internalicen; y, 2) persuadidos de que existe un modelo para poner en práctica el CI, que no arregla pero mejora la relación médico paciente y la atención de salud. Ellos deben llegar a creer que los intereses de la autonomía y la salud pueden ser reconciliados de manera que no se perjudique esta última⁽⁴⁾.

Concluyendo, en nuestro estudio, el conocimiento teórico sobre consentimiento informado fue mejor en médicos más jóvenes, mientras que su conocimiento práctico lo fue en médicos con mayor experiencia clínica. Este hallazgo se corrobora cuando se compara conocimiento sobre consentimiento en egresados en los últimos cinco años y los que lo hicieron del 2003 hacia adelante. La frecuencia de aciertos fue significativamente mayor en varones que en mujeres en dos preguntas: cuándo ocultar información y qué hacer cuando el paciente rechaza el consentimiento, pese a situación vital. Finalmente, el mayor puntaje de aciertos fue significativamente más frecuente en egresados de la UNMSM.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ernesto Ruez Gonzáles, Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNMSM, y a su equipo de colaboradores. Asimismo, a todos los médicos que colaboraron y permitieron la realización del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracia D. Planteamiento general de la bioética. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá DC: Ed. El Buho Ltda. 2000.
2. Tealdi JC. Consentimiento. En: Tealdi JC, Director. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Colombia: Redbioética, UNESCO, Universidad Nacional de Colombia, pp 214-6.
3. Faden RR, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press. 1986
4. Berg JW, Appelbaum PS, Lidz ChW, Parker LS. Informed consent. Legal theory and clinical practice. Second edition. New York: Oxford University Press. 2001.
5. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica. Med Clin (Barc). 1993;100:659-63.
6. Gracia D. La tradición médica y el criterio del bien del enfermo. El paternalismo médico. En: Fundamentos de bioética. Madrid: Editorial EUEDEMA. 1989:23-107.
7. Consejo Nacional de Salud. Comité de Bioética. Guía para la confección de un documento de consentimiento informado en la práctica clínica. Mimeografiado. Lima, 2009.
8. Congreso de la República. Ley General de salud N 26842. El Peruano, Lima 20 de julio de 1997.
9. Congreso de la República. Reglamento de Ley N 27604.
10. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima, octubre de 2007.
11. Sánchez MA. Las interrogantes fundamentales en la enseñanza de la bioética. La experiencia en la Universidad Complutense. Bioética y Ciencias de la Salud. 1997;2(4):15-21.
12. EEC. Teaching of medical ethics in basic and continuing medical education. Disponible en: http://213.177.130.12:591/adopted/cp1992_162.pdf
13. Culver ChM, Clouser KD, Pert B, Brody H, Fletcher J, Jonson A, Kopelman L, Lynn J, Siegler M, Wikler D. Special report. Basic curricular goals in medical ethics. N Engl J Med. 1985;312(4):253-6.
14. Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools. Teaching and assessing ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. J Med Ethics. 1998;24:188-92.
15. A working Group on Behalf of the Association of Teachers of Ethics and Law in Australian and New Zealand Medical School (ATEAM). An ethics core curriculum for Australian Medical School. MJA. 2001;175:205-10.
16. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Grupo de trabajo sobre la enseñanza de la bioética. La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización. Madrid: Ed. Lormo, 1999.
17. Siquiera JE. Educación en bioética. En: Tealdi JC, Director. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Colombia: Redbioética, UNESCO, Universidad Nacional de Colombia.
18. Roberts LW, Geppert CMA, Warner TD, Green Hammond KA, Laamberton LP. Bioethical principles, informed consent, and ethical care for special populations: curricular needs expressed by men and women physicians in training. Psychosomatics. 2005;46(5):440-50.
19. Zavala S, Sogi C, Delgado A, Cárdenas M. Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. An Fac med. 2010;71(2):103-10.
20. Lorda S. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. 1era edición. Madrid: Tricastela. 2000.
21. Baldwin DC, Daugherty SR, Self DJ. Changes in moral reasoning during medical school. Acad Med. 1991;66(9):Supl S1-S3.
22. Blanco E. Memorias del Decano 2007-2010. Mimeografiado. Lima, 2010.
23. Hafferty FW, Frank KR. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. 1994(69):861-74.
24. Gracia D. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá, Colombia: Ed. El Buho Ltda. 2000.
25. Bremberg S, Nilstun T. Patient autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. Fam Pract. 2000;17:124-8.

Manuscrito recibido el 21 de agosto de 2010 y aceptado para publicación el 30 de setiembre de 2010.

*Correspondencia:
Dr. Salomón Zavala Sarrío
Instituto de Ética en Salud
Facultad de Medicina, UNMSM.
Av Grau 755. Lima 1, Perú.
Correo-e: szavalas@gmail.com*