

GRADO DE PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA SOBRE ASPECTOS DEL CÓDIGO DE
ÉTICA MÉDICA Y SUS CORRELACIONES CON
LA APARICIÓN EVENTOS ADVERSOS.

GRADO DE PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA SOBRE ASPECTOS DEL CÓDIGO DE
ÉTICA MÉDICA Y SUS CORRELACIONES CON
LA APARICIÓN EVENTOS ADVERSOS.

REDACTOR JEFE

Prof. Me Isabelle de Souza Carvalho

EDITOR EJECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADORES DE LIBROS

Marcelo Barros Weiss

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDICIÓN DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

EDICIÓN DE TEXTO

Natan Bones Petitemberte

BIBLIOTECA

Bruna Heller

IMÁGENES DE PORTADA

AdobeStok

2024 por Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright del texto © 2024 Os Autores

Copyright de la Edición © 2024 Seven Editora

El contenido del texto y su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente la posición oficial de Seven Publicações Ltda.. El trabajo puede ser descargado y compartido siempre que se dé crédito a los autores, pero sin posibilidad de alterarlo de ninguna manera o utilizarlo con fines comerciales.

Todos los manuscritos fueron sometidos previamente a revisión ciega por pares por miembros del Consejo Editorial de esta editorial, y fueron aprobados para su publicación con base en criterios de neutralidad e imparcialidad académica.

Seven Publicações Ltda se compromete a garantizar la integridad editorial en todas las etapas del proceso de publicación, evitando plagios, datos o resultados fraudulentos e impidiendo que intereses financieros comprometan las normas éticas de publicación.

Las situaciones sospechosas de mala conducta científica serán investigadas bajo los más altos estándares de rigor académico y ético.



El contenido de este Libro ha sido enviado por los autores para su publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

CONSEJO EDITORIAL

REDACTOR JEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

CONSEJO EDITORIAL

Pedro Henrique Ferreira Marçal - Vale do Rio Doce University
Adriana Barni Truccolo - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
Marcos Garcia Costa Morais - Universidade Estadual da Paraíba
Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal de Goiás Campus Ceres
Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique
Ariane Fernandes da Conceição - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Wanderson Santos de Farias - Universidade de Desenvolvimento Sustentável
Maria Gorete Valus - Universidade de Campinas
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Janyel Trevisol - Universidade Federal de Santa Maria
Irlane Maia de Oliveira - Universidade Federal de Mato Grosso
Paulo Roberto Duailibe Monteiro - Universidade Federal Fluminense
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Yuni Saputri M.A - Universidade de Nalanda, Índia
Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí, CEAD
Anderson Nunes Da Silva - Universidade Federal do Norte do Tocantins
Adriana Barretta Almeida - Universidade Federal do Paraná
Jorge Luís Pereira Cavalcante - Fundação Universitária Iberoamericana
Jorge Fernando Silva de Menezes - Universidade de Aveiro
Antonio da Costa Cardoso Neto - Universidade de Flores Buenos Aires
Antônio Alves de Fontes-Júnior - Universidade Cruzeiro do Sul
Alessandre Gomes de Lima - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Moacir Silva de Castro - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Marcelo Silva de Carvalho- Universidade Federal de Alfnas
Charles Henrique Andrade de Oliveira - Universidade de Pernambuco
Telma Regina Stroparo - Universidade Estadual de Ponta Grossa
Valéria Raquel Alcantara Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz
Kleber Farinazo Borges - Universidade de Brasília
Rafael Braga Esteves - Universidade de São Paulo
Inaldo Kley do Nascimento Moraes - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Mara Lucia da Silva Ribeiro - Universidade Federal de São Paulo

Catalogación Internacional en Datos de Publicación (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

W429g

Weiss, Marcelo Barros.

GRADO DE PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE
MEDAICIN SOBRE ASPECTOS DEL CÓDIGO DE ÉTICA
MÉDICA Y SUS CORRELACIONES CON LA APARICIÓN
EVENTOS ADVERSOS [recurso eletrônico] / Marcelo Barros
Weiss. – São José dos Pinhais, PR: Seven Editora, 2024.

Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6109-033-9

1. Medicina. 2. Ciências médicas. I. Título.

CDU 61

Índices para el catálogo sistemático:

1. CDU: Medicina 61

Bruna Heller - Bibliotecario - CRB10/2348

DOI: 10.56238/livrosindi202427-001

Seven Publicações Ltda
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

DECLARACIÓN DEL AUTOR

El autor de este trabajo DECLARA, a los efectos siguientes, que:

No tiene ningún interés comercial que genere un conflicto de intereses en relación con el contenido publicado;

Declara haber participado activamente en la elaboración de los respectivos manuscritos, preferentemente en las siguientes condiciones: "a) Diseño del estudio, y/o adquisición de datos, y/o análisis e interpretación de los datos; b) Elaboración del artículo o revisión para que el material sea intelectualmente relevante; c) Aprobación final del manuscrito para su presentación";

Certifica que el texto publicado está completamente libre de datos y/o resultados fraudulentos y defectos de autoría;

Confirma la correcta citación y referenciación de todos los datos e interpretaciones de datos de otras investigaciones.
investigación;

Reconoce haber informado a todas las fuentes de financiación recibidas para llevar a cabo la investigación;

Autoriza la publicación de la obra, incluyendo registros en catálogo, ISBN, DOI y otros indexadores, diseño visual y creación de la portada, maquetación interna, así como su lanzamiento y difusión de acuerdo con los criterios de Seven Eventos Acadêmicos e Editora.

DECLARACIÓN DEL EDITOR

Seven Publicações DECLARA, a efectos de derechos, deberes y cualquier trascendencia metodológica o jurídica, que:

La presente publicación constituye sólo una cesión temporal de derechos de autor, constituyendo un derecho de publicación y reproducción de los materiales. La Editora no es solidariamente responsable por la creación de los manuscritos publicados, en los términos establecidos en la Ley de Derecho de Autor (Ley 9610/98), art. 184 del Código Penal y art. 927 del Código Civil; El/los autor/es son exclusivamente responsables por la verificación de tales derechos de autor y demás cuestiones, eximiendo a la Editora de los daños civiles, administrativos y penales que puedan surgir.

Autoriza la DIVULGACIÓN DE LA OBRA por el/los autor/es en conferencias, cursos, eventos, espectáculos, medios de comunicación y televisión, siempre que haya el debido reconocimiento de autoría y edición y sin ningún fin comercial, con la presentación de los debidos CRÉDITOS a SIETE PUBLICACIONES, siendo el/los autor/es y editor/es responsables por la omisión/exclusión de esta información;

Todos los libros electrónicos son de acceso abierto, por lo que se ruega no venderlos en su sitio web, sitios asociados, plataformas de comercio electrónico o cualquier otro medio virtual o físico. Por lo tanto, está exento de cesión de derechos de autor a los autores, ya que el formato no genera más derechos que los fines didácticos y publicitarios de la obra, que puede ser consultada en cualquier momento.

Todos los miembros del consejo editorial son doctores y están vinculados a instituciones públicas de enseñanza superior, como recomienda la CAPES para obtener la condición de libro Qualis; Seven Eventos Acadêmicos no cede, vende o autoriza el uso de los nombres y correos electrónicos de los autores, o cualquier otro dato sobre ellos, para fines distintos de la difusión de esta obra, de conformidad con el Marco Civil da Internet, la Ley General de Protección de Datos y la Constitución de la República Federativa.

DEDICATORIA

A Dios por todo lo pones en mi camino.

A los principales responsables de mi formación personal: mi padre, Jayro Weiss y mi querida madre, Luciléa Barros Weiss. De ella, aprendí el desarrollo del sentido crítico, moral y del cuestionamiento para decidir lo que es correcto o incorrecto. De ellos recibí la herencia de la fuerza de trabajo, dedicación y perseverancia para alcanzar objetivos.

A mis hermanos Denise, Márcio, Kátia y Jairo que en nuestra larga convivencia, me ayudaron a reformar mis percepciones de la vida y de la interacción en familia y sociedad.

A mis hijos, Daniel y Miguel, que con sus existencias me hicieron resignificar la vida, ampliando mi dimensión humana, intentando siempre mejorar con el fin de hacerme ejemplo.

A los alumnos de las instituciones que siempre me ayudaron: Demostenes Moreira, Jordana Nascimento Pereira, Ademar Vasconcelos do Carmo, Amanda Pereira Lima, Jorge Wilson Paiva y Caio de Almeida Toledo Pires.

A la Prof. Dra. Mónica Cristina Padró, quien con toda la paciencia y extrema dedicación supo guiarme en la búsqueda del conocimiento de la materia, aceptando de forma muy gentil y cálida orientar este trabajo.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A mi querida esposa, Priscilla Azalim Villa Real, compañera que siempre me apoyó, valorizó mi esfuerzo y que, una vez más, practicando todo su amor y cariño fue capaz de soportar las interminables horas de privación de convivencia familiar durante la construcción de este trabajo. Sin ella nada de esto hubiera sido posible... Absolutamente nada.

ORGANIZADORES DE EBOOKS



PROF DR. MARCELO BARROS WEISS

Es licenciado en Medicina por la Universidad Federal de Juiz de Fora (1997), máster en UTI por la Sociedad Brasileña de Cuidados Intensivos (2012) y doctor en salud pública por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (2018). Post-doctorado en Psicología (énfasis en obesidad) en UFLO (Universidad de Flores en Buenos Aires). Actualmente es cirujano, endoscopista de la Municipalidad de Juiz de Fora, profesor de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de Juiz de Fora y preceptor/coordinador - SABIN ENSINO E PESQUISA., trabajando principalmente en los siguientes temas: experimentación, endoscopia, cirugía bariátrica, urgencia y urgencia y cirugía laparoscópica y del aparato digestivo.

PRESENTACIÓN

Cada semestre, las clases de la facultad de medicina cambian y crean nuevas expectativas de mercado y necesitan nuevos caminos para el aprendizaje. Desafío diario al que se enfrentan los docentes y las instituciones cada año. La conducción de este trabajo fue en la dirección de encontrar respuestas para las trayectorias de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes sobre el tema de la ética y la bioética y sus implicaciones en la aparición de eventos adversos en la práctica diaria del médico.

SUMARIO

RESUMEN.....	9
1 INTRODUCCIÓN.....	10
2 MARCO TEÓRICO.....	16
3 OBJETIVOS.....	29
4 HIPÓTESIS.....	30
5 MARCO METODOLÓGICO.....	31
6 ANÁLISIS.....	34
7 DISCUSIÓN.....	50
8 CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES.....	56
9 REFERENCIAS.....	60
10 ANEXO.....	66

Introducción. En las últimas décadas, ha habido un crecimiento de las implicancias de la mala praxis en los actos médicos, por lo tanto, este tema es ampliamente discutido hoy. Este estudio evaluó las percepciones de los graduados en Medicina sobre el Código de Ética Médica y sus aspectos legales, a fin de estimar el nivel de interés e información sobre el tema y su relación entre el grado de conocimiento y la aparición de eventos adversos. **Métodos.** Es una investigación observacional, analítica, transversal, cualitativa y cuantitativa, realizada a través de cuestionarios, con 647 estudiantes matriculados entre el 1° y el 8° periodos en 2013/2014 en las escuelas de medicina de cuatro instituciones diferentes. Los datos de los cuestionarios se transcribieron y tabularon por separado a través del programa de Windows Excel y luego se unificaron. La hoja de trabajo ha sido transferida al programa SPSS versión 20.0, donde el análisis estadístico se complementa con el programa GraphPad InStat. Se calcularon los valores promedio y la desviación estándar para las variables numéricas y se utilizó la prueba Chi-cuadrado para calcular las frecuencias de las variables categóricas. Utilizamos el factor único de análisis de varianza (Anova) y más tarde la prueba de Tukey para comparar los promedios obtenidos entre los grupos de estudio. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p < 0.05$. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais-FHEMIG, con un número de 295 493 opiniones. Se tomaron todas las precauciones para garantizar la confidencialidad de la información y la confidencialidad de los participantes. **Resultados y conclusión.** Los académicos en la última etapa de graduación mostraron los mejores resultados en el cuestionario aplicado. Esto probablemente se deba al hecho de que dichos alumnos ya han estudiado disciplinas como Bioética, Medicina Forense y Deontología. Otro punto destacado es la importancia del enfoque.

Palabras clave: Código de Ética Médica, Evento adverso, Muertes en los sistemas de Salud.

Si aceptamos los enfoques evolucionistas del origen de las especies animales en nuestro planeta, aunque algunos sostienen la tesis de creación divina, tenemos que creer que en el “pleistoceno” de la era cuaternaria fue la aparición en la tierra de los primeros humanos ancestrales aun antes de la prehistoria (1).

Estos homínidos se agruparon y luego constituyeron tribus que se fueron adaptando en sus ambientes. Sus cuerpos con manos y pies para sostenerse parados y empezar a andar, haciéndose más versátiles y rápidos con el aguzado de sus sentidos.

Pudieron usar sus manos mientras corrían, proporcionándole grandes ventajas contra sus opositores naturales y sus “presas”. Además, desarrollaron habilidades manuales que los hicieron únicos tanto en la elaboración de utensilios, armas e incluso hasta en las pinturas rupestres como forma de entender la naturaleza y a sí mismos, creando una referencia histórica y de los primeros registros conocidos.

Por lo tanto, es imposible no presumir que esos elementos en “sociedad” establecieron reglas de convivencia, pautadas en comunicación rudimentaria, gestos y comportamientos a fin de convivir, sobrevivir y protegerse de otras tribus, organizando sus defensas y preservando sus desarrollos humanos de las invasiones e influencias externas.

Por criterio de razonabilidad, esas reglas pasaron por un comportamiento de convivencia cooperativa dentro de una misma agrupación humana (2). Por lo tanto, cabe pensar en la necesidad de buenas conductas para que pudieran vivir juntos. Desafortunadamente son suposiciones, ya que no existen registros de esa remota época, pues la escritura comenzó sólo veinte siglos antes de Cristo.

En el siglo XIX. a.C. (antes de Cristo), en Babilonia, los primeros registros fueron elaborados en tablillas de piedra, pero a principios del siglo XX a.C. comenzaron a escribir los registros históricos de un príncipe babilonio en un gran monolito de piedra de dos metros de altura conocido como “Código de Hammurabi”, el cual permanece en exhibición en el Museo del Louvre en París.

Aunque se repasa sobre la tradición anterior del derecho sumerio, el Código es conocido por ser el primer cuerpo de leyes de que se tiene noticia, fundamentado en el principio de la Ley del Talión, que establece la equivalencia del castigo en relación al crimen. El término talión es originado del latín y significa “tal” o “igual”, de ahí la expresión “ojo por ojo, diente por diente”. Dicho código también inspira el principio jurídico “judicium dei”, o el ordalio, que indica la posibilidad de un juicio divino (2).

Un ejemplo de este principio está en la Ley N°. 2 del Código de Hammurabi (2) “Si uno embrujó a otro y no puede justificarse, el embrujado irá al río, se arrojará; si el río lo ahoga, el que lo

ha embrujado heredará su casa; si el río lo absuelve y lo devuelve salvo, el brujo es pasible de muerte y el embrujado tomará su casa”.

El Código es a menudo indicado como el primer ejemplo del concepto legal de que algunas leyes son tan básicas que incluso un rey no puede modificarlas. Al escribir las leyes en la piedra, se volvieron inmutables. Este concepto existe en varios sistemas jurídicos modernos y dio origen a la expresión en lengua inglesa “*written in Stone*” (escrito en la piedra o cláusula pétrea) tratando de definir lo que no es mutable, lo que no se puede cambiar.

Cuando los viajeros de otras regiones pasaban por Susa —ciudad donde estaba clavada la piedra—, tenían la oportunidad de obtener copias del Código, el cual era leído en sus aldeas por los escribas y, para ello, normalmente utilizaban el proceso similar al de la xilografía, sacando una copia por superposición, apoyando un papel (de papiro) directamente sobre **la estela** (monolito). Dicha estela fue encontrada por una expedición francesa en el año 1901 en la región de la antigua Mesopotamia, correspondiente a la ciudad de Susa, actual Teherán, capital de Irán (2).

Es un monumento monolítico conoide (piedra única) tallado en roca de diorito, sobre el cual se disponen 46 columnas de escritura cuneiforme arcádica, con 282 leyes en 3600 líneas. Se refiere principalmente a actos mercantilistas, así como reglas y normas de compra y venta de propiedades y sus respectivos referenciales de valor en oro, pero también se trataba de algunos actos practicados por individuos de la época llamados “quirúrgicos”. Sus procedimientos eran tabulados en algunos puñados de oro. Cuando ocurría un fracaso, como la pérdida de un ojo, por ejemplo, el responsable podía perder las manos si la víctima era un noble (2).

Como se puede observar, la actividad médica era una preocupación y el Código ya señalaba las responsabilidades jurídicas del médico en su ejercicio, apuntando a la mala calidad utilizando el “ojo por ojo, diente por diente” (3, 4).

En antiguos papiros egipcios, en inscripciones encontradas en restos de palacios y tumbas, ya aparecen citados algunos individuos que removían puntas de flechas y hacían tratamientos ortopédicos en caso de fracturas y luxaciones, siempre con la debida invocación de entidades divinas que serían las responsables de los resultados.

En la Filosofía presocrática se destacaron tres grupos: *Tales de Mileto* (siglo VII a. C.) quien estudió los fenómenos naturales, introdujo el concepto del cálculo en la búsqueda de explicaciones de los fenómenos donde surgió el término “*physis*”. *Pitágoras* (siglo VI a. C.) mantuvo el trabajo del cálculo matemático, incrementando fuertemente las teorías que defendía junto con Alcmeón de Crotona como: eucrásico para todo lo que era armónico y discrásico para las enfermedades. Los contemporáneos de Pitágoras fueron los “Sofistas” que cultivaban “el arte de convencer” y que luego fue conocido como “didáctica” donde su protagonista fue Protágoras (1).

No podemos dejar de recordar a *Anaxágoras* (500- 428 a. C.) que fue el precursor e incentivador de la doctrina naturalista y dio origen al surgimiento de otros notables como Sócrates y Pericles, siendo este último líder del partido democrático en la ciudad que lideró por más de 50 años (5).

A su vez, Sócrates (470 - 399 a. C.) brilló en el terreno filosófico porque no negó la importancia de la “*physis*” material y objetiva, pero fue muy significativo en la materia de la psicología y del entendimiento de la mente humana. Decía que el hombre debería conocerse a sí mismo y predicar y tener comportamientos valiosos dejando de lado lo pernicioso (ético). Recurrió a lo que se llamó “*mayéutica*”, una técnica donde diálogos ensayados con sus discípulos conducirían a ideas correctas que, en realidad, ya estarían dentro de sus pensamientos basados en conceptos éticos familiares. Y decía “*darles la luz*”, término que luego se convirtió para el latín la “*virtud*”. *Conocer el bien y practicarlo es sentirse dueño de sí mismo y es en eso que radica la felicidad del alma*, afirmaba Sócrates (2).

Sin embargo, después de la desaparición de Pericles (429 a. C.) los tiempos nuevamente se tornaron difíciles. Sócrates se suicidó como consecuencia de su gran fama e influencia en la época, y al no dejar nada escrito le dio a Platón (427- 347 a. C.) la oportunidad de esta incumbencia. Surgía entonces la “*Academia*” en Atenas que era muy socrática y demasiado crítica ante las condiciones sociales de la época, promoviendo la discusión sobre las graves injusticias sociales. Platón desarrolló el concepto del intelecto, mostró su importancia para la sociedad de la época y sus repercusiones. Influenciado por Sócrates, su maestro e ídolo, incorporó y determinó la “*idea del Bien*” (2).

Como era contemporáneo de Hipócrates y lo admiró públicamente, introdujo el concepto de que la Medicina hipocrática era el “*arquetipo del arte*”, entendiéndose como referencia del “*arte de curar*”.

Evaluando el criterio en “*arte*” para el ejercicio de la Medicina en los tiempos actuales. Este es cada vez más raro. De acuerdo con Udelsmann, la Medicina se fue haciendo ciencia con el paso de los años, y con ello la sociedad pasó a exigir de los médicos conductas científicas y reparación por eventuales errores cometidos. A partir de entonces, la actuación médica pasó a tener implicaciones médico-legales en las áreas civil, penal y ética (6).

El Consejo Federal de Medicina de Brasil, en el preámbulo de la Resolución N°. 1627/2001 (7), afirma que la expresión “*error médico*” es una contracción de la expresión “*error profesional del médico*”, pues aunque contenga la palabra “*médico*”, no siempre la actuación indebida se limita a estos profesionales.

Para Gomes y França, el error médico es la conducta profesional inadecuada que supone una falta de observación técnica capaz de producir un daño a la vida o a la salud de otros (7,8). Él puede

ser caracterizado por impericia, negligencia o imprudencia. La impericia ocurre cuando el médico realiza un procedimiento para el cual no está habilitado; la imprudencia cuando actúa sin cautela, como, por ejemplo, cuando no hay respaldo científico para el procedimiento; la negligencia cuando el profesional no proporciona los cuidados necesarios al paciente, sugiriendo la pasividad u omisión del acto.

Según Moliani, el error médico no es visto como resultante del proceso de trabajo, formación profesional o, incluso, de las condiciones en que el trabajo se realiza. Es visto como una falla ética y moral, lo que dificulta su discusión, pues los profesionales de salud están siempre desestimando cualquier juicio negativo del trabajo y las quejas presentadas por los pacientes son generalmente minimizadas y justificadas (9).

El error médico puede ocurrir debido a la relación médico-paciente inadecuada, al aumento del conocimiento del público sobre sus derechos, a la mala estructuración de los servicios de salud, a la precariedad de equipos y condiciones de trabajo, aliadas al desconocimiento sobre el Código de Ética Médica.

El aumento del número de casos puede llevar a la consolidación de la medicina defensiva, donde el profesional de la salud —en el intento de protegerse— exagera en la solicitud de exámenes subsidiarios, evita los procedimientos de alto riesgo y, a veces, rechaza a pacientes graves, con enfermedades complejas y con mayor potencial de complicaciones o secuelas (10).

La preocupación por la práctica indebida de la Medicina es tan grande que en 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la OMS se formuló la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente (11).

Los datos presentados por Bitencourt y publicados por el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos muestran que aproximadamente 100 mil pacientes mueren anualmente en el país debido a errores médicos, acumulando una pérdida financiera en torno a los 25 billones de dólares al año (12). En Brasil no hay datos oficiales sobre el número de muertes por error médico. (13).

El presente trabajo pretende presentar la cuestión de la gestión del riesgo y de la seguridad en salud desde la perspectiva de la enseñanza de ética y bioética en las facultades de Medicina en Brasil, intentando también aprender de la historia y la experiencia de otros países. En el informe “To err is human: Building a safer health system” del Instituto de Medicina (IOM) (14) se reveló dramáticamente un número de 44 mil a 99 mil muertes por año procedentes de errores médicos (eventos adversos evitables en unidades de salud), identificándolas, ya en aquella época (1992,1993) como la 8ª causa de muerte en Estados Unidos —hoy es la tercera—, superando las muertes por accidentes de tráfico (44 458), cáncer de mama (42 297) o SIDA (16 516); y donde estudios recientes

como por ejemplo, Safe Patient Project (15), han cuestionado la eficacia de los enfoques y estrategias normativas que se han implementado en los últimos 10 años, fruto de las recomendaciones presentadas en el ya citado informe del IOM (16).

El tema es muy complejo, exigiendo un enfoque “multidimensional”, por lo que en esta investigación no nos limitamos a las cuestiones puramente jurídicas o legales, tratando de analizarlas bajo la mirada más amplia de la Salud Pública. Es importante señalar, que la expresión “error médico” o “error en medicina”, traducción literal de la expresión *medical error* utilizada especialmente en 1994 en el famoso estudio de Lucian L. Leape (17), ha sido ampliamente cuestionada por la carga negativa que contiene en relación con la profesión médica, por lo que recientemente se ha intentado sustituir por otras designaciones más proactivas y amplias, tales como “error en la asistencia sanitaria”, “riesgo iatrogénico” o, incluso, “seguridad del paciente”. En este trabajo optamos por utilizar el término abreviado “evento adverso” como sinónimo de “evento adverso evitable en unidades de salud”, el cual preferimos al término reductor comúnmente utilizado de “error médico”.

Aunque no haya sido habitualmente fruto de la negligencia como lo demostró el famoso informe *Harvard Medical Practice StudyIII* (18,19), los “eventos adversos”, sobre todo cuando son perjudiciales, siempre pueden dar lugar a una acción ante un tribunal contra el profesional sanitario y/o la institución, lo que podrá culminar eventualmente en una obligación por parte de estos en indemnizar al (los) enfermo (s) lesionado (s). De ahí que la cuestión de la seguridad del paciente y de la gestión del riesgo en unidades de salud para la prevención de los errores médicos pasó también, a partir del 2000, a ser uno de los temas de debate obligatorio en el área del Derecho de la Salud en Estados Unidos. (20,21,22).

Además de los costos financieros y psicológicos de cualquier acción ante los tribunales, los eventos adversos que causan daños pueden tener una carga económica elevada en la gestión de la atención de salud, por lo que su prevención permitirá evitar el peso de tales gastos extra.

El “evento iatrogénico” es una realidad ineludible en Medicina, hecho que debería tener relevancia en el Derecho, como por ejemplo en la adopción en Portugal de un sistema de responsabilidad objetiva; es decir, no basado en la culpa de los agentes, si no en la compensación por daños en unidades de salud, tal como existe desde hace varias décadas en Finlandia(23) o, al menos, de un sistema más justo y menos penoso judicialmente para pacientes y profesionales, tal como el nuevo régimen francés de compensación arbitral de algunos daños más graves ocurridos en pacientes (24).

Existen, además, una serie de factores que indican que habrá ciertamente una tendencia a un crecimiento de las acciones ante el tribunal por daños causados en unidades de salud:

- El creciente aumento del número de pacientes y de actos médicos, debido a la evolución previsible de la pirámide demográfica (aumento del número de personas en edades avanzadas más carentes de asistencia sanitaria);
- La existencia permanente de tecnologías y medicamentos nuevos y muy diferenciados, con efectos no previsibles a veces o con altos riesgos;
- La coyuntura de contención de gastos, la cual implicará factores de aumento de eventos adversos en las unidades de salud provenientes de los recortes en recursos humanos y materiales, además de crear más estrés en los profesionales, lo que se añade a los factores de riesgo;
- El creciente poder reivindicativo de las víctimas de daño médico, fruto no sólo de una mayor educación en estas áreas por parte de los funcionarios de unidades de salud, sino también por la enorme mediatización que tienen los casos de “eventos adversos dañinos”, funcionando los medios sociales como un vehículo de defensa inmediato de las víctimas de este tipo de ocurrencias (25).

Por lo tanto, la búsqueda de las medidas legales adecuadas y eficientes en la lucha contra el flagelo del error clínico surge como una de las preocupaciones más apremiantes en el ámbito de la gobernanza en la salud pública (26).

Este estudio pretende evaluar la percepción que los estudiantes de Medicina tienen sobre el Código de Ética Médica brasileño y sus aspectos legales, para que sea estimado el nivel de interés y de información sobre el asunto, trazando un posible paralelo entre la ocurrencia del evento adverso y la formación ética y bioética de estos estudiantes.

La calidad de la actividad médica es un tema de mucha preocupación social desde la Mesopotamis (Sec. 18^a. Ac), donde el Código de Hammurabi ya reconocía la responsabilidad jurídica del acto médico en caso de mala calidad de atención: “Ojo por ojo, diente por diente”. En la Grecia antigua (460-351 a. C.) el filósofo y médico Hipócrates, llamado “el padre de la medicina”, formuló el Principio de la No Maleficencia, *Primum Non Nocere*. Para los enfermos se tenían por costumbre dos actitudes: ayudar o al menos no perjudicar (26).

A pesar de los incuestionables avances en todas las áreas de la medicina, un antiguo problema continúa acechando y amenazando a los profesionales de la salud: la ocurrencia de eventos adversos. Los errores en la aplicación de las técnicas y en los procedimientos médicos pueden resultar en tragedia para las familias, prolongar el tiempo de ingreso y aumentar considerablemente los costos hospitalarios. Aparte de esto, pueden tener un efecto dramático en la vida de los profesionales de la salud dedicados e involucrados en la asistencia a sus pacientes. Actualmente, los incidentes relacionados con errores médicos vienen ganando gran importancia, siendo discutidos con frecuencia y énfasis en los medios, convirtiéndose en presencia constante y tema preferido de los titulares sensacionalistas (27).

Históricamente la cuestión de los errores médicos genera preguntas entre los abogados y profesionales de la salud. El primer caso conocido de error fue constatado en Europa en 1835 como marco en la construcción del concepto. La negligencia surge del acto médico (28) del profesional que no se alerta de lo que hizo o por inaceptable ignorancia del tema.

Teniendo en cuenta la gran complejidad de la naturaleza de la práctica médica en los días de hoy y del gran número de intervenciones que cada paciente puede recibir dentro de una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), por ejemplo, la incidencia de una alta tasa de errores no constituye sorpresa. Relevamientos realizados muestran que un paciente en una UTI recibe en promedio 178 intervenciones por día. La ocurrencia de 1,7 errores por paciente, por día (1 % del total de intervenciones) indicaría que la *eficiencia* de los profesionales de salud que lidian con tal paciente es del 99 %. Esta incidencia de 1 % de error parece pequeña cuando se analiza aisladamente; sin embargo, cuando comparamos con otros sectores como los de la producción industrial y de prestación de servicios, esa tasa se vuelve inaceptable. Incluso, una tasa de 0,1 % de error —lo que daría un margen de 99,9 % de aciertos— puede no ser adecuada en la práctica médica.

Esta pequeña tasa de error (0,1 %) al ser extrapolada a otros sectores, acarrearía problemas catastróficos. Por ejemplo, con dicha tasa, dos aviones defectuosos serían producidos por día, 16 mil cartas se extraviarían por hora y, cada hora, 32 mil cheques serían descontados en bancos equivocados en Estados Unidos (17, 29).

Según Berlin et al., la probabilidad de muerte resultante de un evento adverso con drogas en pacientes hospitalizados (390/ día) es tres veces mayor que las que se derivan de accidentes automovilísticos (125/ día), e infinitamente mayor que la probabilidad de morir en un accidente aéreo (0,27/ 1 millón de despegues) (30).

Considerando que alrededor de 3 millones de equipajes circulan diariamente en los aeropuertos mundiales, es preocupante saber que la probabilidad de ocurrencia de error relacionado con la administración de drogas a pacientes hospitalizados es mayor que la probabilidad de que uno de esos equipajes se extravíe (31).

Los datos presentados por Bitencourt del Instituto de Medicina (12) informan que los gastos con acciones indemnizadoras, reparaciones quirúrgicas y otros daños conexos traen una pérdida financiera de 17 a 29 millones de dólares anuales.

Estos números en Brasil son difíciles de computar toda vez que carecemos de mejores instrumentos de análisis, pero se estiman cifras aún mayores una vez que el propio tribunal de justicia brasileño informa, en un relevamiento realizado en el 2009, un aumento del 200 % en las acciones que involucran error médico en Brasil (32).

Aun así, los casos que se hacen de conocimiento público sólo representan la punta de un inmenso iceberg, pues la mayoría de los errores médicos no producen consecuencias perceptibles a los pacientes y a los profesionales de la salud, siendo percibidos como incidentes no usuales y aislados (33).

El Consejo Federal de Medicina, en su exposición de motivos en la resolución N°. 1627/2001, establece que el “error médico” es una contracción de la expresión correcta “error del profesional del cuidado de la salud.” (34)

Para Gomes y França (7, 28), el error médico es la conducta profesional técnica inadecuada que supone fracaso, capaz de producir daños a la vida o a la salud de terceros y caracterizados por negligencia, impericia o imprudencia.

En el caso de impericia, la negligencia e imprudencia, según Carvalho (35), adquieren aquí los mismos contornos que se refieren a la noción de culpa y responsabilidad con el resultado de la impericia teniendo un triple significado: el primero, basado en la noción de las bases de la propiedad y de la responsabilidad vinculada con el Código Civil Brasileño; el segundo, basado en el daño a la sociedad y sus reflexiones en el Derecho Penal Brasileño (36). Y la tercera parte de la conducta ante la propia clase, levantando cuestionamientos éticos, e incluso, sanciones previstas en la ley

En juicio el médico está obligado de dos maneras: la justicia común que sigue los preceptos del Código Civil y Penal; los Consejos de Medicina que siguen el Código de Ética Médica. El artículo principal del Código que en el juicio orienta las acciones es el Art. 29, el cual establece: “Practicar

actos profesionales dañinos al paciente, que puedan ser caracterizados como impericia, imprudencia o negligencia” (37).

Conceptualmente, muchas propuestas se hicieron en otros países para la identificación, notificación y control de los eventos adversos. Para una mejor comprensión de la materia buscamos el modelo norteamericano (el más evolucionado existente) como base de referencia y de investigación técnica de la gestión del “error”.

2.1 DE LA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO DEFENSIVO AL “PATIENT SAFETY MOVEMENT”

2.1.1 1ª Fase: De la “malpractice crisis” al informe “To err is human” (14)

Los programas de gestión del riesgo en las unidades de salud nacieron en los Estados Unidos de América en los años 70, como respuesta a una explosión de acciones ante un tribunal contra médicos (unos pocos, “Malpractice crisis”), donde sólo en Nueva York hubo un aumento de 564 (1970) a 1.200 nuevos casos (1974). El objetivo esencial de estos programas clásicos de gestión del riesgo en unidades de salud era esencialmente el de prevenir el riesgo financiero para la organización (protección del patrimonio), proveniente de acciones ante un tribunal contra la misma, a través de una gestión reactiva en relación a las acciones ya interpuestas, de una gestión preventiva en el sentido de acautelar futuras acciones ante un tribunal (38).

Las características de los programas y de los departamentos clásicos de gestión de unidades de salud eran las siguientes (38):

- Naturaleza básica esencialmente jurídico-legal (el gestor del riesgo era siempre un jurista);
- Necesidad de cooperación estrecha con departamentos / servicios clínicos;
- Multidisciplinariedad, es decir, involucrando toda la actividad de la unidad de salud: clínica (prestación de cuidados) y no clínica (edificios, comidas, etc.).

En esta primera fase, es interesante señalar el carácter primordialmente “represivo” de la gestión del riesgo o de la prevención de eventos adversos en los Estados Unidos, lo cual figura en la legislación federal de 1986 (con las modificaciones de 1998), el llamado Health Care Quality Improvement Act (38) donde podemos leer curiosamente dentro de un título dedicado a la Salud Pública y en un capítulo sobre “encouraging good faith professional review activities” (en el original), los siguientes considerandos del Congreso Americano:

“(1) La creciente incidencia de negligencia médica y la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados médicos se han convertido en problemas en todo el país para garantizar mayores esfuerzos que los que pueden ser realizados por cualquier actitud individual.

(2) hay una necesidad nacional (Estados Unidos) para restringir la acción de médicos incompetentes de moverse de estado a estado sin una revelación o descubrimiento de actitud incompetente en el estado de origen pudiendo causar más daños sin la debida responsabilidad de sus actos.

(3) este problema en todo el país puede ser remediado a través de la revisión profesional eficaz por pares.

(4) la amenaza de dinero privado que perjudica las leyes federales, incluyendo daños agudo, responsabilidad bajo la ley federal antimonopolista, desalienta a los médicos a participar en programas de reciclaje cuando se identifica el problema o el daño (aseguradoras).

(5) hay una imperiosa necesidad nacional para proporcionar protección a los médicos que se dedican a la revisión por pares profesionales eficaces e incentivos para el reciclaje”.

De la lectura de esta norma, inscrita en una ley federal norteamericana de 1986 (con alteraciones de 1998) podemos extraer algunas ilaciones interesantes que podrían servir de guía para cualquier decisión legislativa para la promoción de la seguridad del enfermo en unidades de salud en países de América latina.

2.1.2 2ª Fase: Del informe “To err is human” al Patient Safety Movement

Después de la publicación del informe “To Err is Human” podemos afirmar que hubo en los Estados Unidos el despertar a una “nueva epidemia” (14, 39) y que la gestión del riesgo en las unidades de salud entra en una segunda fase, desde el 2000 hasta nuestros días. A partir de este marco crucial, el impacto se dio no sólo en hechos históricos como la creación a nivel internacional del Movimiento de la Seguridad del Paciente por la OMS en 2005, o la inserción del problema de la seguridad del paciente como uno de los temas fundamentales de la protección de la enfermedad en la salud pública en la Unión Europea (40).

Pero, sobre todo, el concepto de gestión del riesgo en unidades de salud en los Estados Unidos pasa a aliarse con el concepto de la gestión de la calidad (quality management) y del riesgo clínico (clinical risk management). Este nuevo enfoque de la gestión del riesgo en las unidades de salud tiene como objetivo esencial la seguridad del paciente y la prevención del evento clínico adverso. En el fondo, del objetivo clásico de evitar el riesgo financiero de las quejas ante los tribunales se pasa al objetivo de hacer el sistema de salud más seguro.

El concepto de gestión del riesgo en las unidades de salud puede entonces definirse como: “Actividades clínicas y administrativas que las organizaciones de salud se comprometen a identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesiones y pérdida de pacientes, personal, visitantes y la propia organización” (41).

El concepto de gestión del riesgo en las unidades de salud se centra más en el subconcepto de gestión del riesgo clínico, es decir, identificándose esencialmente con la gestión del riesgo clínico-medicamentoso que llevará a seguridad del paciente a la fase de prestación de la asistencia sanitaria,

dejando de estar vinculada apenas al control del número de quejas ante los tribunales contra la institución.

El éxito de la gestión del riesgo en unidades de salud hasta el cambio del milenio se evaluaba a través del menor número de acciones en un tribunal contra aquellas instituciones, por lo que tenía una naturaleza esencialmente jurídico-legal. Hoy, el principal eje de la gestión del riesgo en las unidades de salud es la promoción de la seguridad clínica, a través de la calidad de los cuidados prestados, exigiéndose nuevas y más complejas formas de evaluación de su eficacia. De hecho, existe en la actualidad un vínculo intrínseco entre los conceptos de “gestión del riesgo” y “gestión de la calidad” en las unidades de salud en los Estados Unidos sobre la base de la idea de que “la calidad del cuidado es la piedra angular de la prevención del riesgo” (38).

Sin embargo, a pesar de que actualmente estos dos conceptos tienden a chocar y fusionarse, es interesante señalar que la gestión del riesgo en los Estados Unidos está aún asociada a las cuestiones de gestión de las quejas ante los tribunales, teniendo un carácter jurídico-legal muy marcado que no encontramos en los programas de gestión de la calidad, por lo que, por norma, el “gestor del riesgo” es un jurista y el “gestor de la calidad” un profesional de la salud, consistiendo todo el interés en una profunda interacción entre estas dos áreas (38).

2.2 THE PATIENT SAFETY MOVEMENT THE NATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

Otro importante corolario del informe “To err is human” fue haber sido impulsor de la creación, por parte de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), de normas prácticas para la seguridad en unidades de salud, las cuales se denominan National Patient Safety Goals. Habiendo sido publicados por primera vez en 2004, estas metas se perfeccionan y actualizan cada año (41).

2.3 THE PATIENT’S RIGHTS ADVOCATE

Los autores Jay Healey y George J. Annas, basados en la evidencia de que un paciente acompañado por alguien que pueda ir observando los cuidados y medicamentos que le son administrados, queda más protegido de errores clínicos o medicamentosos, proponen como figura a crear en las unidades de salud el “patient’s rights advocate” (22), expresión que traducimos aquí libremente por “defensor del enfermo”, pues sería alguien de confianza del enfermo, indicado o contratado por este o por la propia institución, que lo acompañaría durante su permanencia en la unidad de salud, ayudándolo y representándolo para que tome sus elecciones verdaderamente informadas, a ejercer sus derechos y a protegerlo de errores clínicos, sobre todo en el caso de los pacientes más fragilizados.

2.4 EL CASO BETSY LEHMAN (42)

Betsy Lehman era periodista del Boston Globe, tenía 37 años y dos hijos. En 1997, en el tratamiento de quimioterapia para un cáncer de mama, se le administró durante cuatro días, erróneamente, una dosis mucho más elevada que la prescrita. A pesar de sus numerosas y repetidas quejas de dolor y malestar que manifestaba a los clínicos, nadie evaluó su situación a través de exámenes o análisis idóneos. Su corazón, entre otros órganos, estaba ya destruido. Si le hubieran hecho un electrocardiograma cuando comenzaron las primeras quejas, este habría mostrado que algo estaba mal. El hecho de haber fallecido después de haber telefoneado a una amiga y decir que se sentía muy mal, de haberse comprobado que desde la llamada hasta ser encontrada muerta pasaron 45 minutos en que nadie la asistió, hizo el caso Betsy Lehman en el caso-estudio más el paradigmático del análisis de los hechos y acontecimientos desencadenantes de un error médico de enorme gravedad con consecuencias dramáticas (43).

El hecho de que Betsy Lehman fuera periodista, casada con un médico (curiosamente del mismo hospital donde se produjo su tratamiento y posterior fallecimiento) y vivir cerca de Harvard colaboraron ciertamente a la mediatización de este caso.

Si desde el punto de vista legal nunca hubo un proceso contra los médicos que asistieron a Betsy Lehman y nadie fue juzgado o condenado por los errores fatales cometidos, el caso de esta periodista tuvo consecuencias directas no sólo en el incremento del estudio de la seguridad de los enfermos, sino también en la concretización, en 2004, de la creación del *Betsy Lehman Center para Patient Safety and Medical Error Reduction* en el Departamento de Salud Pública del Estado de Massachusetts (22).

Las enseñanzas del ejemplo americano en el contexto de la gestión de riesgo y de seguridad del informe "Errar es humano" no mejoró las perspectivas en los Estados Unidos que parece optimista. La difusión de una cultura de calidad y prevención de errores en el medio clínico después de unos años se da como una nota negativa al progreso en seguridad del paciente en el mismo país (15) y luego pasó a tener en cuenta que el sector salud debe realizar, incluyendo alianzas con sectores como la aviación donde si ha evolucionado más eficaz en términos de seguridad (44).

De hecho, en 2004, en la prestigiosa revista *Health Affairs*, Wachter, identifica algunos de los problemas que aún subsisten, impidiendo que se pueda decir que se han dado pasos adelante en la realización e implementación de la seguridad del enfermo en unidades de salud, citando, sin embargo, algunos estudios en que se concluye con una dosis importante de optimismo de los profesionales en relación a una evolución de una cultura de seguridad. Los problemas que todavía subsistirían según este autor, serían (14):

- La existencia de un modelo mental desactualizado sobre errores médicos;
- La desatención colectiva dada a la seguridad del paciente;
- Un sistema de reembolso que no prevé incentivos para la seguridad;
- La estructura fragmentada de las organizaciones de salud.

Más preocupante aún es el hecho de que este autor (Wachter) menciona un “artículo reciente en el *New York Times*” en el que se lamenta de la situación de muchos hospitales neoyorquinos porque no están cumpliendo la ley que les obliga a relatar todos los eventos adversos ocurridos, sin saberse también sobre el destino y utilidad de los informes de eventos adversos recibidos.

El autor afirma incluso que: “Este es el talón de Aquiles del sistema de informe de errores: la noción errónea de que la comunicación tiene valor intrínseco en sí misma”.

La lista anual de las causas más comunes de muerte en Estados Unidos, recopiladas por los centros para el control de enfermedades y prevención (CDC), informa cada año la conciencia pública y las prioridades de investigación nacional. La lista es creada usando certificados de defunción llenados por médicos, directores funerarios y médicos forenses.

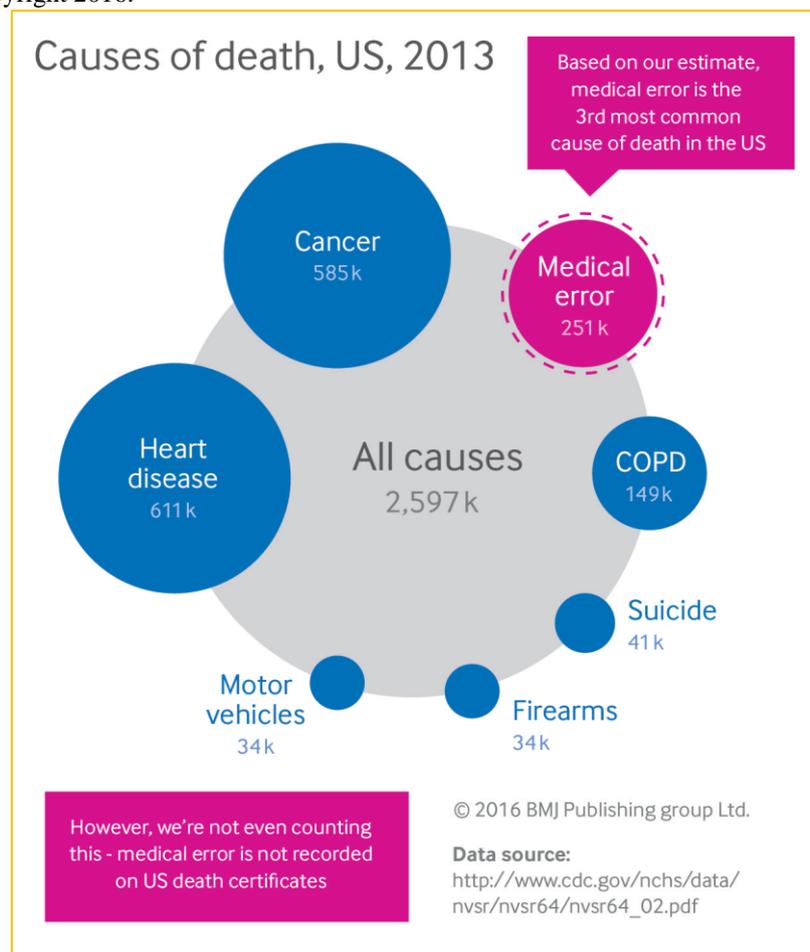
Sin embargo, una limitación principal del certificado es que se basa en la atribución de un código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CID) para la causa de muerte como resultado, causa de la muerte no asociada con un código de CID, como factores humanos y de sistema, no se computan. La ciencia de la seguridad ha madurado para describir como fallas de comunicación, errores de diagnóstico, juicio pobre e inadecuada habilidad que directa o indirectamente pueden resultar en la muerte del paciente.

El autor Makary (45) nos muestra que el artículo más comúnmente citado, Kohn (20) que hizo estimaciones de muertes anuales por error médico en Estados Unidos —del Instituto de Medicina (IOM) de 1999— es limitado y superado. El informe describe una incidencia de 44 mil- 98 mil muertes anualmente y esta conclusión no se basó en la investigación primaria realizada por el Instituto, sino sobre el estudio de la práctica médica en 1984 (46) y en 1992 (47). Pero en 1993, Leape, (29) un jefe investigador de Harvard publicó un artículo argumentando que la estimación del estudio era demasiado baja, alegando que el 78 % en lugar del 51 % de las 180 000 “muertes iatrogénicas” eran evitables (algunos argumentan que todas las muertes iatrogénicas son evitables). Esta alta incidencia (cerca de 140 400 muertes por error) apoyada por estudios posteriores sugieren que el informe de la IOM 1999 subestima la magnitud del problema.

James (48) realizó una revisión sistemática de la literatura estimando eventos adversos prevenibles, usando un análisis ponderado. Ahí describió una variedad de incidencia: de 210 000-

400 000 muertes por año asociadas con errores médicos en hospitales. Calculamos una tasa media de muerte de 251 454 al año, usando los estudios reportados desde el informe de la OIM (1999) y extrapolando al número total de admisiones de hospital de los Estados Unidos en el 2013. Creemos que esta subestima la verdadera incidencia de muerte debido a un error médico, porque los estudios citados dependen de esos errores extraíbles en registros de salud documentados e incluyen apenas muertes de en internación. A pesar de los supuestos en el estudio, extrapolar datos a la población más amplia de los Estados Unidos pueden limitar la precisión de nuestra figura; la ausencia de datos nacionales destaca la necesidad de medición sistemática del problema. Comparando nuestra estimación para rankings CDC, sugiere que el error médico es la tercera causa más común de muerte en los Estados Unidos.

Fig.1. Adaptado de “A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care”, p.9, por James JTA 2013, PUBmed.,. Copyright 2016.



En Brasil, datos relacionados por los comités de acreditación hospitalaria y del CFM informaron en 2014 que se realizaron 11 361 758 ingresos hospitalarios. Por lo tanto, se estima que el 3,7 % de estas presentaron eventos adversos correspondiendo a 420 385 casos. De esos pacientes

el 70 % quedaron con incapacidad parcial temporal (294 269 pacientes) y el 13,6 % murieron (57 172 pacientes).

Tales informaciones nos llevan a números alarmantes donde ocurre una muerte cada nueve minutos en Brasil como consecuencia de eventos adversos.

2.5 ENTONCES, ¿POR QUÉ OCURRE EL ERROR?

Al analizar el origen de los errores y el por qué ocurren, es interesante la comparación entre el sector de producción de una industria y el equipo de profesionales de un hospital. Los sectores de producción industrial trabajan con la hipótesis de que es posible la ocurrencia de un error humano. Basados en esta premisa desarrollan mecanismos capaces de prevenirlos o detectarlos precozmente. Dichos mecanismos tienen por objeto ofrecer al consumidor un producto final libre de fallas. Una de las explicaciones para un gran número de errores observados en la práctica médica es justamente la ausencia de mecanismos que disminuyan su ocurrencia, o que intercepten el error antes de llegar al consumidor final (el paciente). Es decir, se trabaja con la premisa de que el profesional de salud no comete errores y, por lo tanto, no se crean mecanismos de prevención y corrección. La formación de médicos y enfermeros en sus escuelas y en entrenamientos prácticos, estimula un esfuerzo constante y refuerza un imaginario que preconiza la realización de trabajo libre de errores. Hay un gran énfasis en la perfección, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. En el día a día de la práctica hospitalaria el mensaje es claro: los errores son inaceptables.

La expectativa de que profesionales de salud actúen sin errores genera un consenso de la necesidad de infalibilidad, haciendo que los errores sean encarados como falta de cuidado, falta de atención o de conocimiento. Esta imposición de perfección en la práctica médica, exigida no sólo de sus pares sino también de sus propios pacientes, dificulta un abordaje constructivo del error, en la medida en que marginaliza y estigmatiza al profesional involucrado en el evento (49).

¿Cuáles serían las soluciones? Wachter (14) cita las recomendaciones del informe del IOM, es decir, la necesidad de reglamentación; los sistemas de informes de errores; las tecnologías de la información; la identificación y punibilidad de los errores negligentes (malpractice) y otros mecanismos de “accountability”, así como la necesidad de formación de trabajo en equipo.

Por otro lado, desde el punto de vista estrictamente jurídico, no parece existir solución para los dilemas que se plantean en esta área, a saber, los principales desafíos legales en seguridad clínica (14).

- Promover una cultura de “no culpabilidad” al mismo tiempo que se identifica y castiga a quien actúa con negligencia grosera y no respeta las reglas;
- Compensar a las víctimas de injurias en salud sin el peso de la máquina judicial;

- Hacer que las unidades de salud se responsabilicen por el reporte de sus errores, evitando que esto se convierta en una inmediata sentencia condenatoria por parte de la prensa y de los medios o en una acción ante los tribunales.
- Error en la formación del profesional médico desde el inicio de la universidad donde criterios técnicos no son asociados a buenas prácticas éticas, e estas serían la base y el inicio de todo.

En el fondo, Wachter (14) no sólo cuestiona la idoneidad de ciertas medidas consideradas esenciales para mejorar la seguridad del paciente (como los informes de acontecimientos adversos), una especie de alerta, también, para la existencia de problemas jurídico-legales en esta área, cuya dificultad de resolución podrá requerir un análisis más profundo en el sentido de que se les pueda dar una respuesta adecuada.

Estas consideraciones nos parecen de gran relevancia para tener en cuenta en las estrategias de calidad y seguridad clínicas, ya que las “enseñanzas” de los Estados Unidos con respecto a nuestro país tienen varios años de avance en el tratamiento de la cuestión de la seguridad del paciente y podrán mejorar el enfoque que nuestros agentes decisores puedan hacer al respecto, evitando las medidas inútiles y promoviendo la discusión de las cuestiones más polémicas antes de avanzar con cualquier solución para las mismas.

2.6 ¿CÓMO PODEMOS LIDIAR CON EL ERROR MÉDICO?

Está claro que la ocurrencia de errores médicos viene asumiendo proporciones alarmantes y constituye un importante problema de salud pública. No existe, en el momento actual, una sistematización de conductas y procedimientos respecto a la mejor manera de actuar frente a esas situaciones.

La opinión de los profesionales de la salud sobre estos problemas todavía está muy relacionada con la cultura de infalibilidad, aprendida en las escuelas de formación y en las universidades. Hay una gran dificultad en aceptar el error, lo que impide la acción de toma de conciencia en relación al problema. Los errores siempre van a ocurrir, pero minimizarlos requiere, primero, la aceptación de su existencia. Casi todos los médicos y profesionales involucrados directamente en la asistencia de pacientes ya pasaron por la experiencia de ser responsables por algún error que causó daño o posibilidad de daño a su paciente. El impacto emocional es siempre grande, típicamente una mezcla de miedo, culpa, rabia, vergüenza y humillación, siendo la mayoría de las veces vivida de forma solitaria. El aprendizaje individual resultante de un error, si existe, será siempre particular, no posibilitando una evaluación externa amplia, con el objetivo de mejora de la práctica como un todo.

La posibilidad de ser considerado irresponsable e incompetente, de sufrir censuras o aumento de vigilancia, estimula la práctica de encubrir y negar los errores en vez de admitirlos. Los intentos de control y prevención de errores en la práctica médica vienen siendo administrados de forma inadecuada por la mayoría de las instituciones. El error médico sigue siendo considerado un fallo individual, por lo que su control y prevención se basan en una mayor vigilancia, censuras y castigos. Generalmente, las medidas tomadas apenas intentan reparar errores percibidos, que causaron daños a los pacientes teniendo, por tanto, una dimensión localizada.

A partir de la aceptación de que errar es humano, creemos que una postura más sistémica, una visión más ampliada de las situaciones o del conjunto de fallas que permitieron la eclosión del error, sea la manera más eficiente de prevenirlo y evitarlo. A través de mecanismos que faciliten el trabajo humano, la utilización de tecnología apropiada, la creación y mantenimiento de mecanismos de reconocimiento y reparación de situaciones que generan errores, podremos hacer la práctica médica más segura para pacientes y profesionales de la salud.

Cuando un error médico ocurre, generando o no lesiones al paciente, se crea un dilema: contar o no ese hecho al paciente. Greely discute cuáles son los motivos que llevan a los médicos a no revelar sus errores a los pacientes (50). Entre las razones presentadas por los profesionales de la salud se destacan: evitar el aumento de ansiedad en el paciente, evitar la disminución de la confianza del paciente en su médico, además de la posibilidad de enfrentar un proceso legal. También discute que, aunque haya casos en que el error genera tratamiento médico adicional, monitorización, riesgo de vida y seguimiento médico futuro, los médicos todavía se sienten inclinados a no revelar sus errores.

En el 2000, Rosner publicó un artículo discutiendo la implicación ético-profesional de esta cuestión y concluyó que es obligación del médico que lesiona a su paciente revelar lo ocurrido con honestidad (51). Esto incluye una petición formal de excusas, y, en algunos casos, recompensa material. La honestidad y las excusas son obligatorias. Admitir los errores para los pacientes no debe ser sólo una cuestión ética, sino un prerequisite práctico para prevenciones de futuros errores.

En 1998, Van Den Bent publicó una investigación en la que indagó quién más reportaba la ocurrencia de eventos adversos medicamentosos en pacientes internados, y verificó que, a pesar de todo el peso social y cultural, el médico sigue siendo el que más reporta este tipo de error, en comparación con los enfermeros y los propios pacientes (52).

La actitud de los pacientes frente a los médicos que les reportan sus errores también fue investigada en un artículo publicado en 1996 por Witman et al., de 149 pacientes investigados el 98 % se posicionó a favor de saber sobre errores médicos que ocurrieron en sus tratamientos, el 14 % de estos pacientes cambiarían de médico después de un error pequeño y el 65 % después de un error de gravedad moderada (53).

Todos tomarían cuenta si el error fue revelado por el propio médico o por otros a la hora de decidir si iban o no a procesarlo en casos de error con gravedad moderada. El 12 % de esos pacientes lo procesarían incluso si fuera el médico que revelara el error, sin embargo, este porcentaje aumentaría al 20 % si supieran del error por otras personas. Concluyó que los pacientes quieren ser informados sobre errores que hayan incidido sobre ellos durante sus tratamientos médicos, y este hecho puede, incluso, disminuir el número de procesos y acciones punitivas, enfatizando aún la importancia de la comunicación honesta y clara entre los médicos y sus pacientes.

En este contexto es importante intervenir en la prevención de los “errores” siendo necesario estimular desde la graduación las discusiones con el objetivo de capacitar a los profesionales comprometidos con la buena práctica de la medicina y menos sujetos a este tipo de problema. La educación médica tiene dos funciones: la información y la formación; siendo la primera responsable por proveer naturaleza científica y técnica indispensable para el ejercicio de su futura profesión, y la segunda por la maduración de la responsabilidad adulta, responsable y equilibrada capaz de comprender la compleja estructura de la condición biopsicosocial de los pacientes.

El estudiante de Medicina tiene una obligación común a todos los estudiantes, pero doblemente exigidos como consecuencia de la índole que su profesión exige. Todas las profesiones son dignas, porque el trabajo constituye un bienestar social y dignificante. El ejercicio de la medicina obliga a mantener la atención a tiempo completo con actualizaciones periódicas, evitando que los estudiantes se conviertan en un médico ignorante y sin actualizaciones (54).

Un eminente médico argentino, el Dr. Enrique J. Canal Feijóo decía:

“Toda actividad humana tiene una finalidad humana. En el trabajo de la vida diaria, el último objetivo que persigue al hombre, a sabiendas o no, es la felicidad del hombre. Y el hombre actúa compelido por principios generales, sintetizados en teorías filosóficas, que son, en último análisis las que condicionan su obrar diario” (55).

El estudiante de medicina tiene que estudiar en libros, artículos, revistas, dispositivos *on line*, en fin... siempre estudiar por toda la vida y sólo así será capaz de aprender. Esto es lo que se llama “norma ética”. Saber y tener responsabilidad con el saber. Respetar para ser respetado y por encima de todos los deberes de la profesión amar al prójimo (54).

Todo alumno de medicina lo que necesita saber es que la conducta médica está sujeta a dos tipos de normas: legales y morales. Las primeras cambian con las normas sociales y las morales son de modificación más lenta. Insertadas en el genoma humano tienen que relacionarse fuertemente con empatías, comprensiones y razones sociales, pero de definición bastante compleja (56).

El médico es diferente del poeta y del matemático. Se diferencia por ser un servidor del público, y como tal, sujeto a normas ya relacionadas.

En toda la salud pública, de cualquier país, hay médicos sin compromiso. En todas las localidades la mayoría de los médicos son responsables, dedicados y abnegados. Cumplen sus deberes porque aman su profesión, su vocación. Tienen una visión humanista y disfrutan la vida y ayudan a otros a vivir (56).

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar si el bajo grado de conocimiento sobre el Código de Ética Médica por estudiantes de medicina de cuatro Universidades de Brasil (pública y privada) se correlaciona con la aparición de "error médico" y muertes de los usuarios en los sistemas de salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el grado de conocimiento del Código de Ética Médica entre los estudiantes de Medicina del primero al octavo período de las Facultades de Medicina de la Universidad Presidente Antônio Carlos (UNIPAC, Ciudad de Juiz de Fora - Minas Gerais), Fundación Dom André Arcoverdeen Valença, Estado de Rio de Janeiro, Universidad Federal de Juiz de Fora - Minas Gerais y Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de Juiz de Fora - Suprema - Minas Gerais.
- Determinar si hay diferencia entre las series, en el grado de conocimiento sobre las disposiciones éticas y si hay evolución de ese conocimiento en el transcurso de la formación médica.
- Analizar y determinar si hay correlación con los datos estadísticos de la literatura investigada, estableciendo posible nexo de asociación causal entre falta de conocimiento y "error médico".
- Comparar los resultados entre las instituciones estudiadas y analizar las diferencias encontradas buscando relación con sus programas de educación en Ética Médica y Código de Ética Médica.

La falta de conocimiento del Código de Ética Médica por parte de los estudiantes de Medicina en Brasil, pueden conducir a eventos adversos, los cuales perjudican gravemente a los usuarios de los sistemas de salud público y privado.

Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal con análisis cualitativo y cuantitativo, realizado en la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de Juiz de Fora (FCMS / JF) - Suprema, Minas Gerais, Universidad Federal de Juiz de Fora, Facultad de Medicina - UNIPAC / Juiz de Fora y Fundación Dom André ArcoverdeValença / Rio de Janeiro.

Se incluyeron en la muestra los alumnos del curso de Medicina, de ambos sexos, que se ofrecieron como voluntarios para participar, regularmente matriculados del primero al octavo períodos y que se encontraban en el aula durante el proceso. En concordancia con un estudio semejante desarrollado por Chehuen-Neto y colaboradores en 2011 con estudiantes del noveno al décimo segundo períodos, fueron excluidos del análisis debido a las dificultades de acercamiento por encontrarse en actividades del internado médico (11, 57).

Las facultades admiten, semestralmente, de 50 a 80 alumnos como promedio para la graduación en Medicina y, durante la realización del estudio, se encontraban matriculados 1980 estudiantes en los primeros nueve períodos del curso de todas las instituciones sumadas. Al final de la recolección de datos fueron entrevistados 647 participantes, correspondiendo el 32,67 % de la población total. En las respectivas facultades, la asignatura Introducción a la Bioética se imparte en el tercer período del curso y posteriormente en el séptimo período (Suprema). En las otras instituciones se da en el cuarto período donde los alumnos también cursan la Bioética. Ambas disciplinas poseen temática semejante, en busca de acercar al alumno de Medicina a las disposiciones del Código de Ética Médica (CEM). Además, presentan al estudiante posibles situaciones del día a día que los mismos podrán encontrar y enfrentar en el CEM, soluciones respaldadas y seguras para el ejercicio de la profesión.

Teniendo en cuenta que el tercer y séptimo períodos de esta institución son los momentos que tiene el estudiante de Medicina de hacer contacto con las respectivas disciplinas, estos períodos se utilizaron como referencia para dividir la muestra en dos partes, ciclo básico y ciclo profesional. Los 647 alumnos se distribuyeron en dos subgrupos, el primer subgrupo fue compuesto por estudiantes del primer al quinto períodos y el segundo, por alumnos del sexto al octavo. El primer subgrupo había tenido poco contacto con el Código de Ética Médica (en la actual graduación), pero los demás lo tenían de forma acumulativa.

La recolección de datos fue realizada a través de un cuestionario estructurado y autoaplicable, desarrollado exclusivamente para este estudio a partir de otros dos ya validados y utilizados en el escenario brasileño. El cuestionario de evaluación final fue constituido por 28 preguntas cerradas y abiertas. El instrumento fue dividido en cuatro dominios, siendo el primero (11 preguntas) de carácter sociodemográfico del alumno y de sus respectivos padres, donde se buscó conocer la distribución

social. En esta división se investigó sobre edad, género, conclusión de Enseñanza Fundamental y Media, cursos anteriores (pre-vestibular y universitario), especialidad que el estudiante de Medicina pretende seguir y grado de escolaridad de los padres. La especialidad médica anhelada por los estudiantes fue agrupada conforme a la resolución del Ministerio de Salud de Brasil.

La segunda parte del cuestionario indaga el conocimiento sobre el Código de Ética Médica y de Ética, además del grado de contacto con la materia, trazando un perfil por grupo y subgrupo, de cada una de las instituciones.

La tercera parte con cuestiones éticamente conflictivas, estuvo compuesta de 14 preguntas que discurrían sobre el conocimiento de los alumnos sobre el CEM y otras situaciones relacionadas con el tema. De ellas, tres eran de opinión y no fueron juzgadas como aciertos o errores, pero fueron descritas de forma que demostraran la opinión del alumno en la circunstancia impuesta. Las otras 11 preguntas, también objetivas, tenían cinco alternativas de respuesta y solo una era la correcta. El alumno fue instruido previamente para marcar únicamente la alternativa que juzgara correcta.

De acuerdo con Mendonça, el cuarto y último dominio del cuestionario está constituido por tres casos clínicos que retrataban situaciones diversas y posibles de ser vividas, tanto por el estudiante de Medicina como por el médico graduado (58). Los casos clínicos tenían dos alternativas de respuesta y sólo una correcta. Estos incitaban a la reflexión crítica del alumno a partir de conocimientos acumulados previamente. En los tres ámbitos del cuestionario, las preguntas que no presentaban marcas no se incluyeron en la estadística, excepto por las preguntas de opinión del segundo dominio donde, una vez sin marcar, fueron descritas como “en blanco” (58).

En el momento del encuentro los alumnos recibieron, además del cuestionario y de las respectivas orientaciones, el “Término de Consentimiento Libre y Esclarecido” que fue debidamente firmado. Los alumnos que no mostraron interés en participar, pudieron devolverlos sin haberlos llenado.

Los datos de los cuestionarios fueron transcritos y tabulados por separado a través del programa Windows Excel y luego unificados. La hoja de cálculo se transfirió al programa SPSS versión 20.0, donde se realizó el análisis estadístico, complementado por el programa GraphPad Instat. Se calcularon los valores de promedios y desviación estándar para variables numéricas y se utilizó el test Qui-cuadrado para el cálculo de las frecuencias de las variables categóricas. Se utilizó el análisis de varianza (Anova) factor único y posteriormente la prueba de Tukey para la comparación de los promedios obtenidos entre los grupos estudiados. El nivel de significancia estadística se estableció para valores de $p < 0,05$.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais (FHEMIG), con un número de registro 295.493. Fueron tomados los debidos cuidados para asegurar la confidencialidad de las informaciones y el secreto de los participantes.

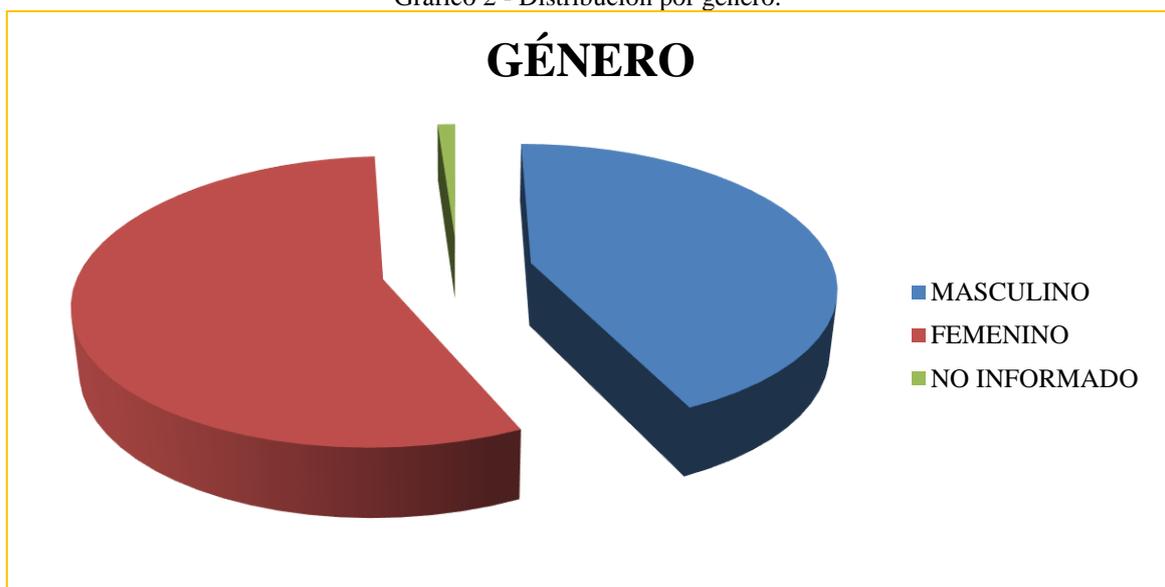
A los cuestionarios respondieron 647 alumnos matriculados del 1° al 8° períodos, de ellos el 12,2 % pertenecen al 1°; 12,3 % al 2°; 12,49 % al 3°; 11,17 % al 4°, 12,68 % al 5°; 11,92 % al 6°, 13,55 % al 7° y el 13,68 % al 8° (Gráfico 1).

Gráfico1-Distribución porcentual de los alumnos por períodos.



Corresponden al sexo femenino 55,80 %; al masculino 43,09 % y 1,01 % no lo informaron (GRÁFICO 2). La edad de los participantes varía entre 19 y 44 años, siendo la media de 23,58 y la desviación estándar de 3,37 años.

Gráfico 2 - Distribución por género.



De los entrevistados el 90,96 % completarán la enseñanza media en escuela privada y el 9,04 % en escuela pública (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribución por formación escolar previa.



Al ser cuestionados en cuanto al parentesco con médicos, el 43,26 % afirmaron poseerlo, siendo el padre el más citado (TABLAS 1, 2, 3 y 4).

Tabla 1 - Perfil socio-demográfico de la Facultad Suprema. Juiz de Fora/MG, 2016.

Características	Institución	
	Facultad de Ciencias Médicas y de Salud de Juiz de Fora - Suprema	
Alumnos por Grupos Investigados	Ciclo Básico	Ciclo Profesional
Media de Edad y DE*	20,00±2,98	22,00±2,78
Sexo		
Masculino	34 (37,00 %)	41 (51,25 %)
Femenino	58 (63,00 %)	39(48,75 %)
Pre-vestibular/Tiempo Medio (años)	80 (86,95 %) /1,38 años	63 (78,75 %) /1,53 años
Enseñanza Fundamental		
Escuela Pública	13 (14,13 %)	13 (16,25 %)
Escuela Particular	79 (85,87 %)	67 (83,75 %)
Enseñanza Media		
Escuela Pública	8 (8,69 %)	8 (10,00 %)
Escuela Particular	84 (91,31 %)	72 (90,00 %)
Curso Universitario anterior		
Sí	16 (17,39 %)	14 (17,50 %)
No	76 (82,61 %)	66 (82,50 %)
Especialidad Médica que pretende hacer		
No definido	41 (44,56 %)	41 (51,25 %)
Clínica	25 (27,17 %)	15 (18,75 %)
Cirugía	9 (9,78 %)	15 (18,75 %)
Pediatría	4 (4,34 %)	3 (3,75 %)
GO	3 (3,26 %)	2 (2,50 %)
Radiología	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Patología	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Otros	10 (10,89 %)	4 (5,00 %)

Escolaridad de la Madre		
Ens. Fund. Incompleto	3 (3,26 %)	3 (3,75 %)
Ens. Fund. Completo	3 (3,26 %)	3 (3,75 %)
Ens. Medio Completo	17 (18,47 %)	22 (27,50 %)
Ens. Sup. Completo	29 (31,54 %)	31 (38,75 %)
Especialización	17 (18,47 %)	8 (10,00 %)
Posgraduación	23 (25,00 %)	13 (16,25 %)
Escolaridad del Padre		
Ens. Fund. Incompleto	3 (3,26 %)	5 (6,25 %)
Ens. Fund. Completo	3 (3,26 %)	8 (10,00 %)
Ens. Medio Completo	23 (25,00 %)	23 (28,75 %)
Ens. Sup. Completo	32 (34,80 %)	19 (23,75 %)
Especialización	11 (11,95 %)	11 (13,75 %)
Posgraduación	20 (21,73 %)	14 (17,50 %)

* DE= Desviación Estándar

Tabla 2 - Perfil socio-demográfico de la Facultad UFJF. Juiz de Fora/MG, 2016.

Características	Institución	
	Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF	
Alumnos por Grupos Investigados	Ciclo Básico	Ciclo Profesional
Media de Edad y DE*	21,00±2,39	22,00±2,92
Sexo		
Masculino	50 (43,10 %)	26 (37,69 %)
Femenino	66(56,90 %)	43 (62,31 %)
Pre-vestibular/Tiempo Medio (años)	70 (60,34 %) /1,72 años	37 (53,62 %) /2,16 años
Enseñanza Fundamental		
Escuela Pública	54 (46,55 %)	34 (49,27 %)
Escuela Particular	62 (53,45 %)	35 (50,73 %)
Enseñanza Media		
Escuela Pública	56 (48,27 %)	35 (50,73 %)
Escuela Particular	60 (51,73 %)	34 (49,27 %)
Curso Universitario anterior		
Sí	13 (11,20 %)	9 (13,04 %)
No	103 (88,80 %)	60 (86,96 %)
Especialidad Médica que pretende hacer		
No definido	62 (53,44 %)	29 (42,02 %)
Clínica	29 (25,00 %)	23 (33,33 %)
Cirugía	12 (10,34 %)	11 (15,98 %)
Pediatría	3 (2,58 %)	1 (1,44 %)
GO	3 (2,58 %)	2 (2,89 %)
Radiología	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Patología	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Otros	7 (6,06 %)	3 (4,34 %)
Escolaridad de la Madre		
Ens. Fund. Incompleto	3 (2,58 %)	4 (5,79 %)
Ens. Fund. Completo	8 (6,89 %)	5 (7,24 %)
Ens. Medio Completo	35 (30,17 %)	22 (31,91 %)
Ens. Sup. Completo	34 (29,33 %)	23 (33,33 %)
Especialización	7 (6,03 %)	5 (7,24 %)
Posgraduación	29 (25,00 %)	10 (14,49 %)

Escolaridad del Padre		
Ens. Fund. Incompleto	10 (8,62 %)	9 (13,04 %)
Ens. Fund. Completo	8 (6,89 %)	7 (10,17 %)
Ens. Medio Completo	49 (42,24 %)	18 (26,08 %)
Ens. Sup. Completo	28 (24,13 %)	26 (37,68 %)
Especialización	2 (1,72 %)	3 (4,34 %)
Posgraduación	19 (16,40 %)	6 (8,69 %)

* DE= Desviación Estándar

Tabla 3 - Perfil socio-demográfico de la Facultad UNIPAC. Juiz de Fora/MG, 2016.

Características	Institución	
	Facultad de Medicina de Juiz de Fora – UNIPAC	
Alumnos por Grupos Investigados	Ciclo Básico	Ciclo Profesional
Media de Edad y DE*	19,00±2,51	22,00±2,93
Sexo		
Masculino	31 (50,00 %)	41 (42,26 %)
Feminino	31 (50,00 %)	56(57,73 %)
Pre-vestibular/Tiempo Medio (años)	80 (86,95 %) /1,37 años	63 (78,75 %) /1,54 años
Enseñanza Fundamental		
Escuela Pública	20 (32,25 %)	30 (30,92 %)
Escuela Particular	42 (67.74 %)	67 (69,07 %)
Enseñanza Media		
Escuela Pública	9 (14,51 %)	8 (8,24 %)
Escuela Particular	53 (85,48 %)	89 (91,75 %)
Curso Universitario anterior		
Sí	10 (16,12 %)	15 (15,46 %)
No	52 (83,87 %)	82 (84,53 %)
Especialidad Médica que pretende hacer		
No definido	28 (45,16 %)	39 (40,20 %)
Clínica	10 (16,12 %)	13 (13,40 %)
Cirugía	5 (8,06 %)	10 (10,30 %)
Pediatría	1 (1,61 %)	2 (2,06 %)
GO	1 (1,61 %)	2 (2,06 %)
Radiología	1 (1,61 %)	3 (3,09 %)
Patología	0 (0,00 %)	1 (1,03 %)
Otros	16 (25,80 %)	27 (27,83 %)
Escolaridad de la Madre		
Ens. Fund. Incompleto	6 (9,67 %)	5 (5,15 %)
Ens. Fund. Completo	8 (12,90 %)	4 (4,12 %)
Ens. Medio Completo	7 (11,29 %)	28 (28,86 %)
Ens. Sup. Completo	21 (33,87 %)	30 (30,92 %)
Especialización	8 (12,90 %)	12 (12,37 %)
Posgraduación	12 (19,35 %)	18 (18,55 %)
Escolaridad del Padre		
Ens. Fund. Incompleto	2 (3,22 %)	5 (5,15 %)
Ens. Fund. Completo	5 (8,06 %)	12 (12,37 %)
Ens. Medio Completo	20 (32,25 %)	20 (20,61 %)
Ens. Sup. Completo	21 (33,87 %)	23 (23,71 %)
Especialización	10 (16,12 %)	17 (17,52 %)
Posgraduación	4 (6,45 %)	20 (20,61 %)

* DE= Desviación Estándar

Tabla 4 - Perfil socio-demográfico de la Facultad Fundación Dom André Arcoverde, Valença/RJ, 2016.

Características		Institución	
		Facultad de Medicina - Fundación Dom André Arcoverde	
Alumnos por Grupos Investigados	Ciclo Básico	Ciclo Profesional	
Media de Edad y DP*	19,00±2,76	22,00±2,98	
Sexo			
Masculino	19 (38 %)	31 (38,27 %)	
Feminino	31 (62 %)	50(61,72 %)	
Pre-vestibular/Tiempo Medio (años)	81 (86,55 %) /1,21 años	60 (73,72 %) /1,93 años	
Enseñanza Fundamental			
Escuela Pública	11 (13,58 %)	16 (19,75 %)	
Escuela Particular	39 (86,41 %)	65 (80,24 %)	
Enseñanza Media			
Escuela Pública	4 (8 %)	8 (9,87 %)	
Escuela Particular	46 (92 %)	73 (90,12 %)	
Curso Universitario anterior			
Sí	7 (14 %)	9 (11,11 %)	
No	43 (86 %)	72 (88,88 %)	
Especialidad Médica que pretende hacer			
No definido	21 (42 %)	22 (27,16 %)	
Clínica	12 (25 %)	22 (27,16 %)	
Cirugía	3 (6 %)	8 (9,87 %)	
Pediatría	1 (2 %)	2 (2,46 %)	
GO	1 (2 %)	3 (3,70 %)	
Radiología	0 (0,00 %)	3 (3,70 %)	
Patología	0 (0,00 %)	1 (1,23 %)	
Otros	12 (24 %)	20 (24,69 %)	
Escolaridad de la Madre			
Ens. Fund. Incompleto	2 (4 %)	3 (3,70 %)	
Ens. Fund. Completo	3 (6 %)	7 (8,64 %)	
Ens. Medio Completo	11 (22 %)	23 (28,39 %)	
Ens. Sup. Completo	20 (40 %)	29 (35,80 %)	
Especialización	8 (16 %)	10 (12,34 %)	
Posgraduación	6 (12 %)	9 (11,11 %)	
Escolaridad del Padre			
Ens. Fund. Incompleto	1(3,26 %)	6 (7,40 %)	
Ens. Fund. Completo	3 (3,26 %)	9 (11,11 %)	
Ens. Medio Completo	11 (25,00 %)	22 (21,16 %)	
Ens. Sup. Completo	22 (34,80 %)	20 (24,69 %)	
Especialización	6 (11,95 %)	14 (17,28 %)	
Posgraduación	7 (21,73 %)	10 (12,34 %)	

DP=Desviación Estándar

Hubo claro predominio del sexo femenino en todas las muestras, pero no hubo significancia estadística con relación a los aciertos de los cuestionarios entre los encuestados.

Tabla 5 - Distribución general de los académicos en el Curso de Medicina 2013 - 2014.

SUPREMA				UFJF			
	Ciclo Básico	Ciclo Profesional	Total Parcial		Ciclo Básico	Ciclo Profesional	Total Parcial
Masculino	34 (19,80 %)	41 (23,80 %)	75 (43,60 %)	Masculino	50 (27,00 %)	26 (14,10 %)	76 (41,10 %)
Femenino	58 (33,70 %)	39 (22,70 %)	97 (56,40 %)	Femenino	66 (35,70 %)	43 (23,20 %)	109 (58,90 %)
Total en la Institución			172 (100 %)	Total en la Institución			185 (100 %)

UNIPAC - JF			Arcoverde, Valença/RJ				
	Ciclo Básico	Ciclo Profesional	Total Parcial		Ciclo Básico	Ciclo Profesional	Total Parcial
Masculino	31 (43,0 %)	41 (56,90 %)	72 (45,28 %)	Masculino	19 (38 %)	31 (62 %)	50 (38,16 %)
Femenino	31 (35,63 %)	56 (64,36 %)	87 (54,71 %)	Femenino	31 (38,27 %)	50 (61,72 %)	81 (61,83 %)
Total en la Institución			159 (100 %)	Total en la Institución			131 (100 %)

Los alumnos matriculados entre el 7° al 8° períodos fueron responsables por el mayor número de aciertos en las cuestiones 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 (ANEXO 1, 2° PARTE). Hubo significancia estadística al comparar la diferencia de aciertos en las cuestiones 10, 11, 12, 13 y 14.

Cuando se consultó sobre la razón del creciente número de procesos contra los médicos (TABLA 6 y 7), la mayoría de los entrevistados creyeron que esto se debe al deterioro de la relación médico-paciente.

Tabla 6 - Investigación de opinión acerca de Procesos contra los Médicos.

Respuestas obtenidas en las Instituciones	SUPREMA		UFJF	
	CB N=92 (%)	CP N=80 (%)	CB N=116 (%)	CP N=69 (%)
Crisis en el sistema de salud	15 (16,30 %)	9 (11,25 %)	6 (5,17 %)	5 (7,24 %)
Deterioro de la relación médico-paciente	29 (31,52 %)	32 (40,00 %)	70 (60,34 %)	50 (72,48 %)
Mayor información por parte de los pacientes sobre sus derechos	16 (17,39 %)	12 (15,00 %)	7 (6,03 %)	2 (2,89 %)
Influencia de los medios en la formación de las opiniones de los pacientes	18 (19,56 %)	18 (22,50 %)	12 (10,34 %)	12 (17,39 %)
Calidad deficitaria de formación de los médicos	14 (15,23 %)	9 (11,25 %)	21 (18,30 %)	0 (0,00 %)
Respuestas en blanco	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)

Nota: CB – Ciclo Básico; CP – Ciclo Profesional; N=número de individuos.

Tabla 7 - Investigación de opinión acerca de Procesos contra los Médicos.

Respuestas obtenidas en las Instituciones	UNIPAC – FAME		ARCOVERDE	
	CB N=62 (%)	CP N=97 (%)	CB N=50 (%)	CP N=81 (%)
Crisis en el sistema de salud	7 (14 %)	8 (8,24 %)	4 (8 %)	6 (7,40 %)
Deterioro de la relación médico-paciente	22 (44 %)	41 (42,26 %)	29 (58 %)	56 (69,13 %)
Mayor información por parte de los pacientes sobre sus derechos	8 (16 %)	19 (19,58 %)	5 (10 %)	3 (3,70 %)
Influencia de los medios en la formación de las opiniones de los pacientes	9 (18 %)	18 (18,85 %)	4 (8 %)	10 (1,23 %)
Calidad deficitaria de formación de los médicos	3 (6 %)	11 (11,34 %)	8 (16 %)	6 (7,40 %)
Respuestas en blanco	1 (2 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)

Nota: CB – Ciclo Básico; CP – Ciclo Profesional; N=número de individuos.

Comparando los grupos (TABLA 6 y 7) en relación a las variables atribuidas al creciente número de procesos contra los médicos, se observó que había diferencia estadística significativa en todas ellas ($p < 0,05$). Sin embargo, la opinión más prevalente entre los grupos fue la misma. (TABLA 8, GRÁFICOS 4 y 5).

Tabla 8 - Comparación global del creciente número de procesos contra los médicos.

Alternativa	Ciclo básico n (%)	Ciclo profesional n (%)	X ²	P
Deterioro de la relación médico-paciente	171(53,49)	224(68,82)	13,877	0,008
Calidad deficitaria de formación de los médicos	64(23,26)	38(11,83)		
Mayor información por parte de los pacientes sobre sus derechos	15(4,65)	42(12,90)		
Influencia de los medios en la información de las opiniones de los pacientes	37(11,63)	14(4,30)		
Crisis en el sistema de salud	22(6,98)	7(2,15)		

Gráfico 4 - Comparación global entre los grupos - Ciclo básico

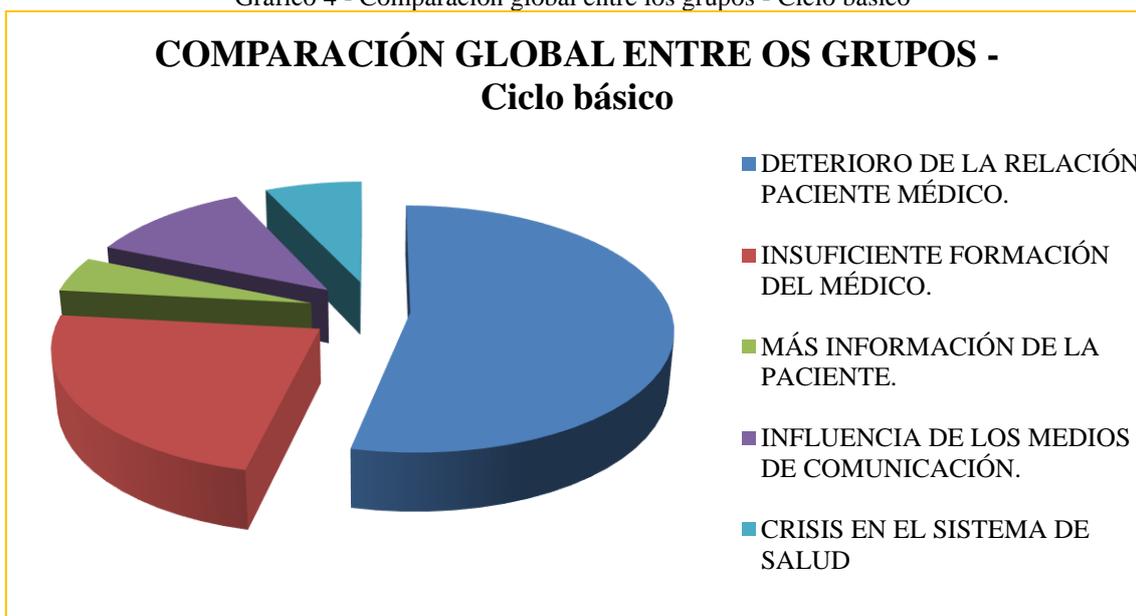


Gráfico 5 - Comparación global entre los grupos – Ciclo profesional



Al ser interrogados sobre el contacto con el Código de Ética Médica (CEM), el mayor número de académicos afirmaron que esto ocurrió después de haber cursado la disciplina de la graduación que aborda el asunto (TABLA 9 y 10).

Tabla 9 - Investigación de opinión sobre el contacto con el código de ética médica.

Respuestas obtenidas en la Instituciones	SUPREMA		UFJF	
	CB N=92 (%)	CP N=80 (%)	CB N=116 (%)	CP N=69 (%)
No	35 (38,04 %)	1 (1,25 %)	64 (55,17 %)	23 (33,33 %)
Sí, debido a la curiosidad	9 (9,80 %)	0 (0,00 %)	15 (12,95 %)	4 (5,79 %)
Sí, debido a la investigación para el trabajo de la Facultad	3 (3,26 %)	8 (10,00 %)	27 (23,27 %)	12 (17,39 %)
Sí, debido a la asignatura del curso de graduación que aborda los Códigos de Ética Médica	44 (47,82 %)	70 (87,50 %)	7 (6,04 %)	29 (42,05 %)
Sí, por otro (s) motivo (s)	1 (1,08 %)	1 (1,25 %)	3 (2,58 %)	1 (1,44 %)
Respuestas en blanco	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)

Nota: CB – Ciclo Básico; CP – Ciclo Profesional; N=número de individuos.

Tabla 10 - Investigación de opinión sobre contacto con el Código de Ética Médica

Respuestas obtenidas en las Instituciones	UNIPAC – FAME		ARCOVERDE	
	CB N=62 (%)	CP N=97 (%)	CB N=50 (%)	CP N=81 (%)
No	26 (41,93 %)	2 (2,06 %)	26 (52 %)	6(7,40 %)
Sí, debido a la curiosidad	6 (9,67 %)	2 (2,06 %)	10 (20 %)	4 (4,93 %)
Sí, debido a la investigación para el trabajo de la Facultad	2 (3,22 %)	15 (15,46 %)	12 (24 %)	15 (18,51 %)
Sí, debido a la asignatura del curso de graduación que aborda los Códigos de Ética Médica	25 (40,32 %)	76 (78,35 %)	2 (4 %)	50 (61,72 %)
Sí, por otro (s) motivo (s)	3 (4,83 %)	2 (2,06 %)	0 (0,00 %)	6 (7,40 %)
Respuestas en blanco	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)

Nota: CB – Ciclo Básico; CP – Ciclo Profesional; N=número de individuos.

Al investigarse si el enfoque del CEM es satisfactorio durante la graduación, muchos de los entrevistados afirmaron que el estudio del mismo debía ser iniciado desde el primer período y englobado en todas las materias (TABLA 11 y 12).

Tabla 11 - Investigación de opinión sobre enfoque realizado sobre el Código de Ética médica es suficiente

Respuestas obtenidas en las Instituciones	SUPREMA		UFJF	
	CB N=92 (%)	CP N=80 (%)	CB N=116 (%)	CP N=69 (%)
Sí, es adecuada	27 (29,34 %)	26 (32,50 %)	8 (6,89 %)	8 (11,59 %)
Sí, aunque él podría ser más ampliamente explorado	35 (38,04 %)	26 (32,50 %)	19 (16,40 %)	10 (14,49 %)
No, pues debería ser abordado desde el primer período y englobado en todas las asignaturas	22 (23,93 %)	19 (23,75 %)	51 (43,96 %)	32 (46,39 %)
No, pues son expuestos pocos artículos durante la graduación	8 (8,69 %)	9 (11,25 %)	38 (32,75 %)	19 (27,53 %)
Respuestas en blanco	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)

Nota: CB – Ciclo Básico; CP – Ciclo Profesional; N=número de individuos.

Tabla 12 - Investigación de opinión sobre enfoque realizado sobre el Código de Ética médica es suficiente.

Respuestas obtenidas en las Instituciones	UNIPAC - FAME		ARCOVERDE	
	CB N=62 (%)	CP N=97 (%)	CB N=50 (%)	CP N=97 (%)
Sí, es adecuada	19 (30,64 %)	41 (42,26 %)	15(30 %)	39(48,14 %)
Sí, aunque él podría ser más ampliamente explorado	23 (37,09 %)	26 (26,80 %)	20 (40 %)	15 (18,51 %)
No, pues debería ser abordado desde el primer período y englobado en todas las asignaturas	12 (19,35 %)	19 (19,58 %)	10 (20 %)	20 (24,69 %)
No, pues son expuestos pocos artículos durante la graduación	8 (12,90 %)	11(11,34 %)	5 (10 %)	7 (8,64 %)
Respuestas en blanco	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)

Nota: CB – Ciclo Básico; CP – Ciclo Profesional; N=número de individuos.

La misma opinión puede ser observada cuando se comparan los miembros del primer y segundo grupo, en relación al cuestionamiento de la cuestión 6 - 2º parte (TABLA 13), siendo relevante la diferencia estadísticamente (GRÁFICOS 6 y 7).

Tabla 13 - Comparación cuanto al enfoque del Código de Ética Médica, durante la graduación.

Alternativa	Ciclo básico n (%)	Ciclo profesional n (%)	X ²	P
Debería ser abordado desde el primer período y en todas las asignaturas	135(42,35)	144(44,09)	8,074	0,045
Podría ser más ampliamente explorado	79(24,71)	87(26,88)		
Adecuada	52(16,47)	81(24,73)		
Son expuestos pocos artículos durante la graduación	52(16,47)	14(4,30)		

Gráfico 6 – Satisfacción en el enfoque del Código de Ética Médica - Ciclo básico

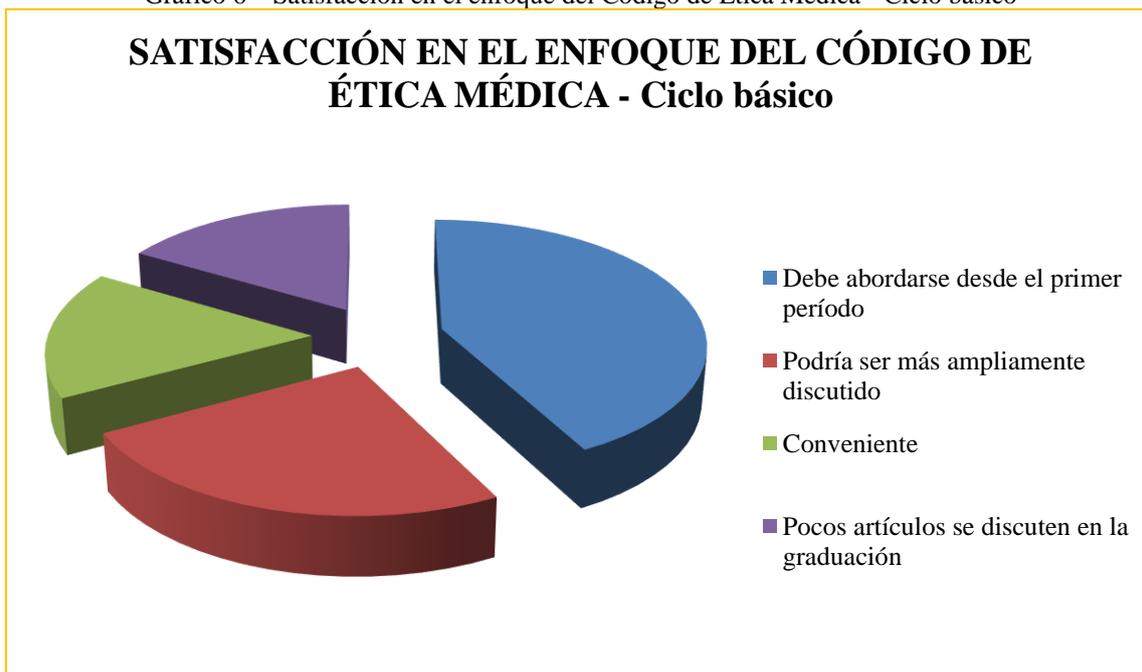
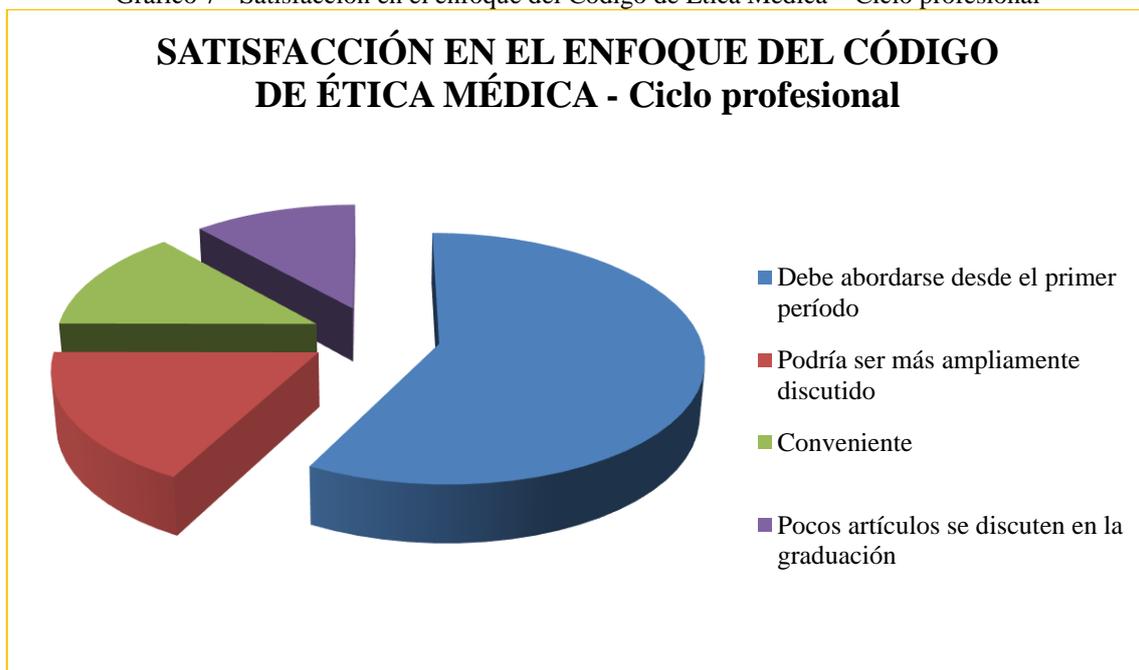


Gráfico 7 - Satisfacción en el enfoque del Código de Ética Médica – Ciclo profesional



Siete entrevistados obtuvieron puntuación máxima, 11 puntos. El promedio general de aciertos fue de 7,24 y la desviación estándar de 2,23. En la comparación entre el primer y segundo grupo (TABLA 14) el promedio de aciertos entre los alumnos del 6° al 8° fue mayor que el del 1 al 5° períodos, siendo significativa la diferencia estadísticamente.

Tabla 14 - Media de aciertos según la división de los grupos.

Grupo	Media	Desviación estándar	F	P
Ciclo básico	6,352	2,181	31,95	0,000
Ciclo profesional	8,086	1,942		

Los que tuvieron contacto con el CEM presentaron un promedio de aciertos mayor en relación a los que no lo tuvieron ($p < 0.05$) (TABLA 15). El mismo fue constatado cuando se comparó la media de aciertos de acuerdo con el motivo de contacto con el CEM. Todas las variables fueron estadísticamente significativas (TABLA 16).

Tabla 15 - Media de aciertos comparados en que tuvieron contacto previo

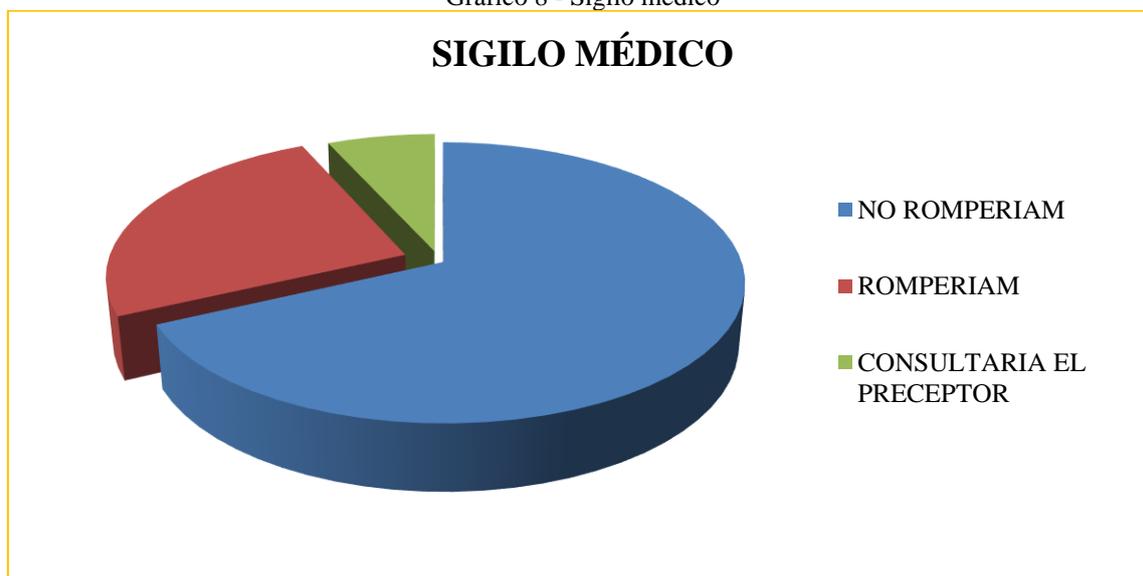
Contacto	Media	Desviación estándar	F	P
No	6,540	1,659	6,65	0,010
Sí	7,528	2,169		

Tabla 16 - Media de aciertos de acuerdo con el motivo del contacto con el Código de Ética Médica.

Motivo	Media	Desviación estándar	F	P
No hubo contacto	6,540	1,659	9,67	0,000
Debido a la curiosidad	6,107	2,024		
Debido a la investigación para el trabajo de la Facultad	7,289	1,738		
Debido a la asignatura del curso de graduación que aborda el CEM	8,287	2,098		
Otro motivo	5,333	2,081		

En relación a la conducta ante un caso ficticio sobre secreto médico, el 67,98 % de los entrevistados respondieron que no romperían el silencio y el 25,28 % optarían por romperlo. En cambio, el 6,74 % consultaría al preceptor antes de la toma de decisión (GRÁFICO 8).

Gráfico 8 - Sigilo médico



Cuando se comparó el promedio de aciertos entre hombres y mujeres, entre alumnos que concluyeron la enseñanza media en escuela pública o privada y los individuos que poseían o no parientes médicos, no hubo diferencia estadísticamente significativa. El mismo fue constatado cuando se dividió a los participantes según el grupo de edad, donde el primero englobó individuos con edad entre 19 a 25 años y el segundo entre 26 a 44 años.

Cuando comparamos la distribución de las medias de aciertos de los académicos de medicina de las cuatro instituciones estudiadas en los ítems de “cierto e incorrecto”, no se encontraron datos que pudieran revelar superioridad numérica o significancia estadística ($p > 0,784$) como se muestra en las TABLAS 17 y 18.

Tabla 17 - Medias de aciertos de los académicos de Medicina

Escala	Instituciones			
	SUPREMA N=172	UFJF N=185	UNIPAC-FAME N= 159	ARCOVERDE N= 131
Media de Aciertos y DE	5,44±1,76	5,84±1,67	5,42 ± 1,51	5,40±1,37
Total de Cuestiones	11			

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DP=Desviación Estándar

Tabla 18 - Distribución entre las medias de aciertos de los académicos en relación a los ciclos básico y profesional

Ciclo	Instituciones			
	SUPREMA N=92	UFJF N=116	UNIPAC N=62	ARCO VERDE N=50
Media de Aciertos y DE	5,04±1,81	5,60±1,6	5,01±1,72	4,59±1,92
Total de cuestiones	11			
Profesionales	SUPREMA N=80	UFJF N=69	UNIPAC N=97	ARCO VERDE N=81
	Media de Aciertos y DE	5,90±1,59	6,24±1,60	5,81±2,30
Total de Cuestiones	11			

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

En las TABLAS 19, 20, 21 y 22 comparamos aisladamente las medias de aciertos entre los ciclos básico y profesional de cada institución y se encontraron resultados con significancia estadística en las cuestiones éticamente conflictivas halladas en la tercera etapa del cuestionario.

Tabla 19 - Medias de aciertos entre los ciclos de los académicos de la Suprema

Escala	Instituciones	
	Suprema (C. Básico) N=92	Suprema (C. Profesional) N=80
Media de Aciertos y DE	5,04±1,81	5,90±1,59
Total de Cuestiones	11	

* Valores estadísticamente significativos $p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 20 - Medias de aciertos entre los ciclos de los académicos de la UFJF

Escala	Instituciones	
	UFJF (C. Básico) N=116	UFJF (C. Profesional) N=69
Media de Aciertos y DE	5,60±1,67	6,24±1,60
Total de Cuestiones	11	

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 21 - Medias de aciertos entre los ciclos de los académicos de la UNIPAC - FAME.

Escala	Instituciones	
	UNIPAC (C. Básico) N=62	UNIPAC (C. Profesional) N=97
Media de Aciertos y DE	5,01±1,72	5,81±2,30
	11	

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 22 - Medias de aciertos entre los ciclos de los académicos de la Fundación Dom André Arcoverde/RJ

Escala	Instituciones	
	ARCOVERDE (C. Básico) N=50	ARCOVERDE (C. Profesional) N=81
Media de Aciertos y DE	5,01±1,72	5,81±2,30
	11	

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

En la comparación de los aciertos obtenidos entre los académicos analizados en la cuarta parte del estudio, podemos ver que hay mayor índice de aciertos en la UFJF si se compara aisladamente con las demás, queda demostrado en la TABLA 23 con significancia estadística.

Tabla 23 - Aciertos obtenidos entre los ciclos de la UFJF / casos clínicos presentados

Escala	UFJF		Test t de Student
	Ciclo Básico N=116	Ciclo Profesional N=69	
Media de Aciertos y DE	1,90 (63,33 %)	1,75 (58,33 %)	0,164*

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Pero cuando comparamos los subgrupos aislados se puede percibir mayor grado de asertividad en las comparaciones directas entre los del ciclo básico como muestra la TABLA 24. Gran sorpresa fue encontrada en la TABLA 25 pues, en el ciclo profesional, la UFJF acierta menos que las demás.

Tabla 24 - Aciertos obtenidos entre los ciclos de la UNIPAC - FAME / casos clínicos presentados

Escala	UNIPAC - FAME		Test t de Student
	Ciclo Básico N=62	Ciclo Profesional N=97	
Media de Aciertos y DE	1,71±0,62 (57,54 %)	1,78±0,62 (59,52 %)	0,418*

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 25 - Aciertos obtenidos entre los ciclos de la Fundación ARCOVERDE / casos clínicos presentados

Escala	ARCOVERDE		Test t de Student
	Ciclo Básico N=50	Ciclo Profesional N=81	
Media de Aciertos y DE	1,69±0,60 (52,98 %)	1,77±0,61 (58,98 %)	0,501*

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 26 - Aciertos obtenidos entre los ciclos de la SUPREMA / casos clínicos presentados

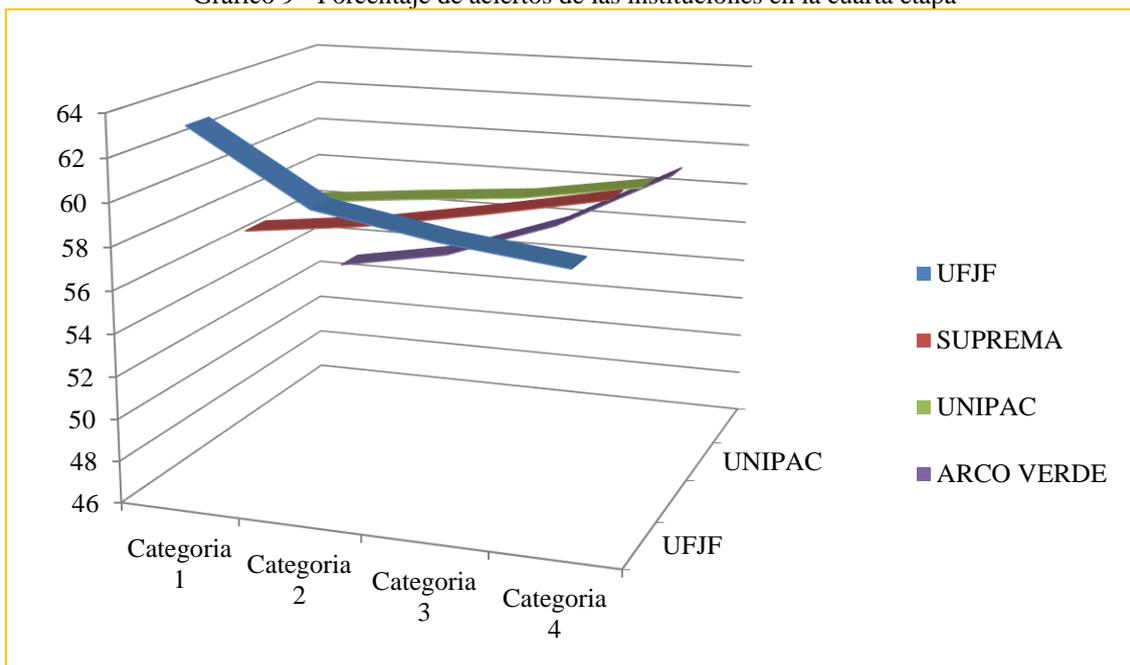
Escala	SUPREMA		Teste t de Student
	Ciclo Básico N=92	Ciclo Profesional N=80	
Media de Aciertos y DE	1,72 (57,33 %)	1,80 (60 %)	0,517*

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=desviación estándar

El porcentaje de aciertos de los casos clínicos de la cuarta etapa del cuestionario en los subgrupos SUPREMA, UFJF, UNIPAC Y ARCOVERDE son, respectivamente, el 57,33 % para el 60 %, el 63,33 % para el 58,33 %, el 57,54 % para 59,52 % y el 52,98% para el 58,98 % (Gráfico 9).

En el análisis a los resultados, se percibe aciertos crecientes entre tres de las instituciones estudiadas, pero en una, la UFJF, hay declinación con significancia estadística ($p > 0,05$). Se observó, además, diferencia estadística significativa entre los valores de las medias de aciertos referentes a esas cuestiones ($p = 0,001$).

Gráfico 9 - Porcentaje de aciertos de las instituciones en la cuarta etapa



En las TABLAS 27, 28, 29, 30, 31 y 32 se muestra la distribución entre las medias de aciertos en los diferentes grupos de estudio que totalizan un N = 647. Estas tablas fueron hechas las fichas de cada institución con las comparativas entre media de aciertos y desviación estándar.

Tabla 27 - Comparación entre las instituciones SUPREMA e UFJF en el número total de los aciertos

Escala	SUPREMA x UFJF	
	N=172	N=185
Media de Aciertos y DE	5,44±1,76 (58,66 %)	5,84±1,67 (61,33 %)

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 28 - Comparación entre las instituciones SUPREMA e UNIPAC en el número total de los aciertos

Escala	SUPREMA x UNIPAC	
	N=172	N=159
Media de Aciertos y DE	5,44±1,76 (58,66 %)	5,42±1,51 (56,22 %)

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 29 - Comparación entre las instituciones SUPREMA e ARCOVERDE en el número total de los aciertos

Escala	SUPREMA x ARCOVERDE	
	N=172	N=81
Media de Aciertos y DE	5,44±1,76 (58,66 %)	5,40±1,37 (54,31 %)

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 30 - Comparación entre las instituciones UFJF e UNIPAC en el número total de los aciertos

	UFJF X UNIPAC	
Escala	N=185	N=159
Media de Aciertos y DE	5,84±1,47 (61,33 %)	5,42±1,51 (56,22 %)

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 31 - Comparación entre las instituciones UFJF e ARCOVERDE en el número total de los aciertos

	UFJF X ARCOVERDE	
Escala	N=185	N=131
Media de Aciertos y DE	5,84±1,47 (61,33 %)	5,40±1,37 (54,31 %)

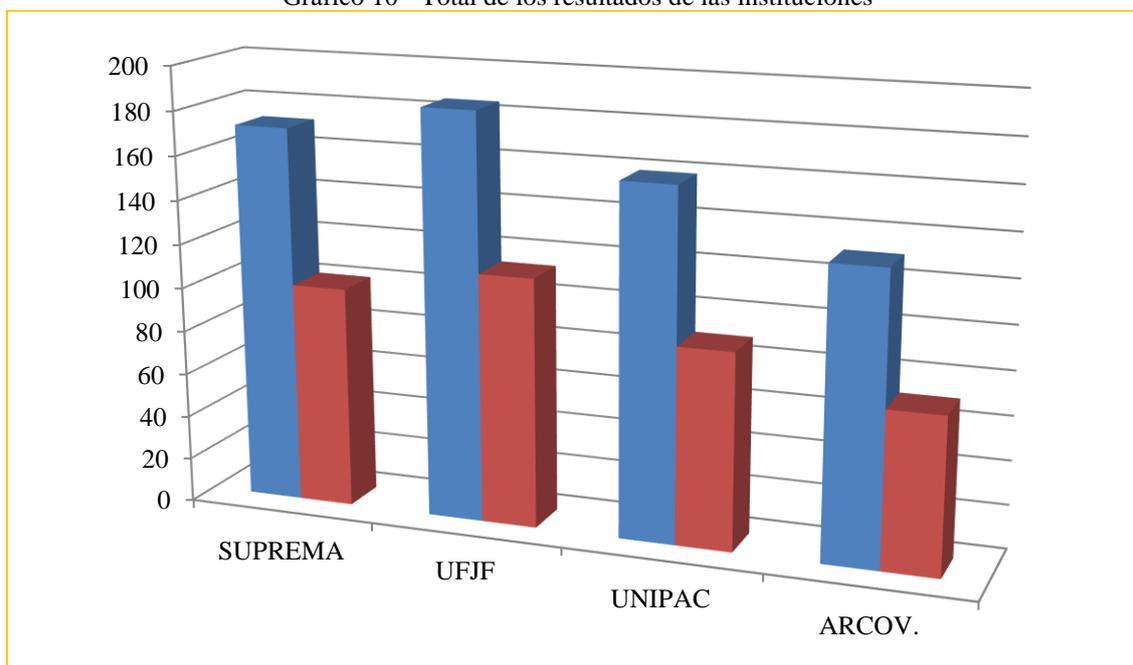
* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Tabla 32 - Comparación entre las instituciones UNIPAC e ARCOVERDE en el número total de los aciertos

	UNIPAC x ARCOVERDE	
Escala	N=159	N=131
Media de Aciertos y DE	5,42±1,51 (56,22 %)	5,40±1,37 (54,31 %)

* Valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
N=número de individuos; DE=Desviación Estándar

Gráfico 10 - Total de los resultados de las instituciones



Durante la recolección de los datos, las muestras de todas las facultades y grupos presentaron una distribución proporcional lo que no perjudicó el análisis ni comprometió los datos del levantamiento estadístico como se demostró en las tablas y gráficos presentados anteriormente.

Cuando se compararon los datos de acuerdo con el género (hombre y mujer), incluso con mayor diferencia numérica para las mujeres, no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Los datos recolectados pudieron demostrar que hubo gran predominio en la formación preuniversitaria en escuelas privadas; esto muestra la gran disparidad social en Brasil donde el acceso al nivel superior se encuentra más inclinado favorablemente hacia las clases más altas. Incluso en la UFJF (pública) esta disparidad también fue constatada. Durante las comparaciones estadísticas no fue posible comprobar mayor número de aciertos cuando se compararon los resultados de los cuestionarios entre los dos grupos (escuelas privadas y escuelas públicas), una vez que no hubo relevancia numérica como consecuencia del sesgo de número (población de escuela pública mucho menor).

Fue claramente demostrado en los cuestionarios la influencia de padres que trabajan en el área de salud, ya que el 43,26 % de los padres de los alumnos eran médicos, sirviendo de referencia a la hora de decidir en cuanto a la profesión. Aunque el número expresivo de los entrevistados reportó parentesco con profesional médico, este grupo obtuvo menor promedio de aciertos comparado con aquellos que no poseen. Era esperado por los investigadores un resultado inverso al obtenido. Tal vez, la presencia e influencia puedan haber causado confusión, o incluso mala información, generando mayor índice de errores.

Para Ferreira, las experiencias reales como los conflictos de convivencia en la vida colectiva y en el trabajo deben ser el contexto para la enseñanza de la ética, pues de esta forma el aprendizaje ocurre de manera más eficaz. Por eso, se cree que la falta de diálogo sobre las palabras del CEM y los asuntos cotidianos relacionados con él en el ambiente familiar, expliquen la menor media de acierto por los alumnos que tienen pariente médico (59).

Cuando comparamos los motivos por los cuales hubo un aumento del número de procesos, la respuesta más encontrada fue “deterioro de la relación médico-paciente”; pero al comparar la evolución de las respuestas y comparando los ciclos básico y profesional de la UFJF, vemos que esta presenta una disminución estadística de esa respuesta, probablemente por tener las asignaturas de Ética y Bioética sólo en un semestre del curso. (TABLAS 6 y 7)

La práctica médica presupone el respeto a valores y al individuo en todos sus aspectos (7). En los días de hoy, una de las referencias más frecuentes de los usuarios y de los profesionales de la salud es la llamada “deshumanización de la práctica médica”, la cual puede ser entendida como una

violación del ser humano y de su humanidad (60). El desconsiderar al otro, sea por ignorarlo al no tener en cuenta sus demandas, muestra una actividad que necesita un análisis en cuanto a la ética y bioética aplicada. La no observación de los principios éticos puede ser fácilmente constatada en los diversos escenarios de atención a la salud y, también, en la propia escuela médica, en las relaciones entre compañeros de clase, entre los profesores y sus alumnos, entre médicos y pacientes (61). Desde hace algunos años para acá se tradujo una dicotomía cada vez más fuerte entre la ética prescrita por los códigos y aquella que es efectivamente practicada (62). Esta condición viene siendo cada vez más frecuente y relatada en los diversos artículos ya relacionados.

Aunque todas las alternativas de la pregunta 6 justifiquen el creciente número de procesos contra los médicos, al ser cuestionados la mayoría de los académicos creen que esto es debido al deterioro de la relación médico-paciente o calidad deficitaria de la formación de los médicos. Estas opciones fueron las más marcadas, ya que a partir del 4º período —o del 3º período para otras instituciones— los alumnos frecuentan ambulatorios y hospitales permitiendo observar la interacción entre los médicos y sus pacientes. La mayoría de los alumnos que consideran la calidad de la formación deficitaria están matriculados entre el 4º y el 6º períodos.

La significancia estadística fue encontrada y confirmada sobre la respuesta de la causa del aumento de procesos contra médicos, siendo la opinión de todos los grupos iguales estadísticamente a la relación médico-paciente. Por tanto, tenemos que entender que probablemente la falta de inversiones en las áreas básicas de los cursos de Ética y Bioética determina la génesis de los procesos (GRÁFICOS 4 y 5).

Ardigó (1995) afirma que el vínculo entre el profesional de la salud y su cliente es un aspecto clave para la mejora de la calidad del servicio de salud y se desdobra en diversos componentes como la personalización de la asistencia, la humanización de la atención y el derecho a la información (62). A partir del momento en que esta relación no es adecuada, aspectos como los relatados anteriormente pueden ser deteriorados y acarrear en perjuicio, no sólo a la salud del paciente, sino también en mayor número de procesos contra los médicos. Como ha relatado Tavares, otros factores pueden perjudicar este vínculo como: mal ambiente de trabajo, jornada de trabajo excesiva, el desempeñar actividades en diferentes lugares y atender la creciente cantidad de pacientes en consultas rápidas (63). Sin embargo, para Rencoret, mayores implicaciones de error médico han ocurrido debido al aumento del conocimiento público y procesos jurídicos relacionados (64).

A pesar de que los contenidos del Código de Ética Médica formaban parte del currículo médico de las escuelas, el perfil de los médicos en Brasil (Machado, 1997) ya demostraba que más del 10 % de ellos admitían desconocer dicho Código. La mayoría atribuía tal desconocimiento como la causa de los problemas éticos que observaban en el ejercicio profesional (65).

En la Universidad de Londrina, en el Congreso de la Red Unida de 2003, se realizó un taller de trabajo sobre “La bioética en los procesos de formación de profesionales de salud”. Allí participaron 28 profesionales vinculados a cursos de graduación y servicios de salud del SUS. El informe final demostró la pertinencia y la relevancia de lo que fue observado a través de esta investigación; en la medida que los resultados aparecen, comprobarán las observaciones (66).

En ese informe se concluyó que “la enseñanza de la Bioética debe tener doble función: a) proporcionar a los estudiantes capacidad de análisis ético y, consecuentemente, de tomar decisiones éticas; b) estimular el desarrollo socio moral de los estudiantes” (67). Para que el ser humano adquiriera capacidad para tomar decisiones en el campo de la moral, según los estudios de Jean Piaget (67) y Lawrence Kohlberg (68), es necesario que haya un conflicto cognitivo, es decir, situaciones conflictivas desde el punto de vista ético que estén por encima de su propia etapa de desarrollo moral. Así, como afirman Duska & Whelan, “crear un estímulo cognitivo en un proceso de educación moral significa perturbar el equilibrio del individuo, creando una situación en la que, ante un problema a resolver, experimente un conflicto tal que le lleve a la percepción de que las estructuras actuales de su raciocinio son demasiado limitadas para incluir las nuevas perspectivas que el conflicto presenta” (69).

En las encuestas de opinión sobre el contacto con el Código de Ética Médica (37) quedó muy claro y con significancia estadística, que aquellas instituciones que presentan en sus planes de estudio conocimiento de Ética y Bioética desde el inicio del curso muestran alumnos que sienten la falta del conocimiento, necesitando buscar ayuda en otros canales con posibilidad de contenidos erróneos y distorsionados. (TABLAS 9 y 10)

En aquella facultad (UFJF) donde el curso presenta sólo una disciplina hubo clara manifestación de los alumnos por un incremento de la enseñanza y que el conocimiento fuese aplicado en todos los períodos del curso de Medicina (TABLAS 11 y 12). Esa diferencia se notará más adelante en la discusión cuando los resultados de las preguntas demuestren, con el paso del tiempo, descenso del conocimiento.

Según Chehuen-Neto es factible y necesario reconocer la importancia del debate ético durante la graduación, sobre todo debido al interés de los estudiantes en adquirir más conocimientos sobre el tema, además de ser necesario para que los futuros profesionales sean más éticos, holísticos y menos propensos a errores e iatrogenias (11).

Para Azevêdo, la educación en Bioética no debe ocurrir sólo en un momento puntual del componente curricular, sino desde el ingreso del alumno a la facultad hasta su formación. Además, esta enseñanza debe ser multidisciplinar e interdisciplinar, y no sólo en disciplinas aisladas durante el curso (70).

Este hecho puede ser corroborado y comprobado en la TABLA 13, donde la pregunta del número 6 trae el grado de satisfacción en cuanto al abordaje del Código de Ética Médica. La significación estadística ha sido comprobada y puede visualizarse en los GRÁFICOS 6 y 7. Considerando 10 la nota máxima, el promedio de aciertos fue 7,24; sólo 11 alumnos de los 647 obtuvieron nota 10. La desviación estándar fue de 2,23 lo que demuestra una significancia estadística al comparar los grupos de los ciclos básico y profesional; sin embargo, el promedio de aciertos fue mayor en la UFJF cuando comparamos a los demás teniendo en cuenta las preguntas cerradas.

Queda demostrado que la aplicación del contenido modifica el entendimiento y mejora el índice de aciertos. En las instituciones privadas el aumento es mayor en aquellas donde el contenido fue aplicado en más ocasiones (Suprema). (TABLAS 14, 15 y 16)

Para Pimentel, el currículo del curso médico de algunas universidades brasileñas en su formato tradicional, coloca a la Bioética como disciplina enfocada en la orientación y adquisición de habilidades que permiten al alumno identificar y analizar problemas éticos (71). Sin embargo, algunos de sus temas se abordan en disciplinas como la Medicina Legal y Deontología que muchas veces priorizan el Código de Ética Médica y los aspectos legales de la práctica médica. Tal vez esos contenidos no sean suficientes para atender a las necesidades de los alumnos en relación a los conflictos éticos que pueden presentarse en la práctica académica y en la vida profesional, a pesar de que en las instituciones donde las investigaciones se realizaron existían materias específicas para el estudio de la Ética y del CEM. Esta puede ser la razón de mayor número de acierto por los estudiantes de períodos más avanzados.

Evaluando la cuestión que envolvía el secreto médico (previsto en los Arts.73 y 74 del Código de Ética Médica), el índice de acierto fue del 67,98 %; pero el 25,28 % de los entrevistados rompería el silencio y lo haría público. Por lo tanto, la mayoría de los participantes supo conducir el caso de manera acertada debido, probablemente, al sentido crítico y la ética que muchas veces son suficientes para la toma de decisión correcta y al contacto previo con el CEM que veda, en su Art. 73, revelar el hecho de que se tenga conocimiento en virtud del ejercicio de la profesión, salvo por justa causa, deber legal o autorización expresa del paciente.

El autor Pierre Weil dijo que existen dos formas de ética que se complementan: la ética moralista y la ética espontánea. La ética moralista es algo adquirido, es decir, informaciones externas que son internalizadas. La segunda surge de dentro del individuo, como algo propio, natural (72). Por lo tanto, es posible entender que el conocimiento ético demostrado por los estudiantes parece ser la ética espontánea de Weil, más ligada a la formación y al contexto social donde están insertados que a las informaciones transmitidas durante el proceso de aprendizaje en el curso médico. Esta idea podría ser corroborada por el hecho de que las cuestiones más complejas, es decir, que demandaban

mayor conocimiento del Código de Ética Médica relativas al sigilo fueron, entre los grupos, las que obtuvieron mayor discrepancia en el índice de aciertos y mayor índice de no aciertos.

Esta demostración de falta de conocimiento revela preocupación en cuanto a la formación de los médicos en Brasil, ya que tal premisa es muy básica. Teniendo en cuenta el conocimiento banal es de sospechar otras fallas en la formación ética del profesional médico brasileño (GRÁFICO 8).

Quedó demostrado que el número de aciertos en las preguntas 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 fue mayor entre los alumnos del 7º al 8º períodos; sin embargo, hubo diferencia estadísticamente significativa sólo en las preguntas 10, 11, 12, 13 y 14. Estos datos corroboran lo que se ha expuesto con anterioridad, ya que el promedio de aciertos general fue mayor entre los alumnos de períodos más avanzados. Era previsible, pues los académicos ya habían estudiado el CEM en las disciplinas de Bioética, Deontología y Medicina Legal.

En las TABLAS 19, 20 y 21 queda evidente la relación entre el número de aciertos comparando individualmente cada institución en sus ciclos básico y profesional, por causa del contacto previo con el CEM, que ocurrió principalmente debido a la disciplina de la graduación que aborda el asunto. Este motivo es el responsable de la mayor media de aciertos en comparación con los demás.

De acuerdo con Tavares, los profesores de disciplinas como Psicología Médica, Semiología, Introducción a la Práctica Médica, Deontología, Ética Médica y demás sillas clínicas y quirúrgicas, deben contribuir para que el futuro médico pueda en sus primeros contactos con los pacientes asimilar una visión biopsicosocial de estos, perfeccionando así la relación estudiante-paciente, para construir en el futuro una relación médico-paciente adecuada (63).

El análisis de las tablas de las medias de acierto de las instituciones entre sus grupos demostró una clara ventaja en número global de aciertos a favor de la UFJF comparada con las demás, donde evaluamos por medio de la prueba t de student (TABLAS 23, 24, 25 y 26). Este dato encontrado nos revela algo más intrigante. Incluso, acertando más proporcionalmente los cuestionarios de la UFJF presentan decrecimiento del conocimiento aplicado. Es decir, durante la formación ellos aciertan más las cuestiones objetivas y demuestran mayor conocimiento teórico que las otras instituciones con significancia estadística, pero aciertan menos las cuestiones éticamente conflictivas (más prácticas de lo cotidiano) también con significancia estadística (GRÁFICO 9).

El conocimiento, por lo tanto, debería ser acumulativo, el sentido crítico mejorado con el paso del tiempo y la convivencia con la práctica. Pero, según Nicholas, durante el curso de graduación gran parte de los estudiantes cree haber encontrado profesores considerados malos ejemplos en el cumplimiento del CEM (74). Este dato merece atención, ya que el propio curso de Medicina puede estar contribuyendo a un deterioro en la formación moral de sus estudiantes. Enseñar es una actividad

política y ética que exige gran responsabilidad, pues los alumnos se miran en sus maestros y anhelan por sus saberes.

Autores como Fox (75), Grissard (76) y Silva et al. (77) han defendido la necesidad y la importancia de la enseñanza de la Ética en la formación médica. Los registros en la literatura de Hebert et al. (78) y Lind (79) indican la disminución de la sensibilidad y del conocimiento ético y moral de los estudiantes en el transcurrir del curso de Medicina. Para estos autores, el hecho de exponer a los alumnos a la realidad de las prácticas y de las enfermerías de los hospitales universitarios sin la debida supervisión y discusión ética, endurece las relaciones y empeora las valoraciones y juicios en los casos que involucran decisiones éticas.

De acuerdo con Diaz, el conocimiento se concreta por medio de las representaciones mentales que el sujeto establece. La problemática, como categoría de construcción de conocimiento es una alternativa viable para la enseñanza de la Ética y de la Bioética, pues presupone la experimentación, el trabajo e investigación como elementos de provocación, desafío y de significación para diversas actividades pedagógicas (80). Se cree que quien no tuvo contacto con el CEM, probablemente marcó más alternativas correctas que los que obtuvieron por curiosidad u otro motivo, pues estos dos últimos pueden haber tenido un contacto superficial, por corto período y sin el establecimiento de relación de los temas abordados con las actividades ambulatorias u hospitalarias. Esto acaba haciendo los grupos muy similares.

Se puede comprender que la percepción que los estudiantes tienen sobre el Código de Ética Médica y sus aspectos legales fue mayor entre los académicos del 7º al 9º períodos, ya que estos cursaron disciplinas como la Bioética, Medicina Legal y Deontología, que son las principales responsables del enfoque del asunto en la institución donde se realizó la investigación.

Es importante mejorar la calidad de la enseñanza y realizar cambios curriculares para que la transmisión del conocimiento relativo a la Ética se inicie en las escuelas y se continúe en los períodos iniciales de la graduación. Este es un deseo de los alumnos entrevistados y demuestra el interés y la percepción de cuán importante es el asunto para la formación médica. Los datos estadísticos que se compararon entre las instituciones y con el resultado de otras que presentan la Ética Médica en el curso de todo el grado en Medicina, afirman tal hipótesis aquí expuesta con anterioridad (58).

Además, es importante abordar algunos puntos durante la transmisión del conocimiento como el perfeccionamiento de la relación médico-paciente y de la comunicación entre médicos, pacientes y familiares, con el fin de valorizar el compromiso social del profesional de salud y la importancia del trabajo en equipo.

Una reestructuración del curso de Medicina es primordial, ya que, con datos estadísticos relevantes, este estudio demuestra de forma muy clara y contundente que cuanto mayor sea la presencia de la Ética y la Bioética en todos los semestres, mayor será el conocimiento adquirido.

No se pueden esperar promedios de aciertos tan bajos en los cuestionarios en individuos que ya están en contacto con pacientes. De acuerdo a lo preguntado, el resultado muestra la gran fragilidad del sistema educativo en Brasil, que probablemente está formando médicos superficiales y sin preparación, con relaciones deterioradas y débiles de conocimiento. Las medias de acierto por debajo del 70 % en lo referente a la ley demuestran, sin miedo a errar, la falta de preparación y el peligro institucional que tenemos en las manos.

La comparación entre las instituciones demostró de manera clara que la forma de enseñar necesita ser cambiada y, por ende, más amplia en los aspectos legales y éticos de la profesión. No podemos tener médicos que no sepan los límites de sus acciones y de las leyes que los rigen. Tal condición los hace mucho más propensos a errores de juicios y de acciones.

Los estudiantes enfatizaron en el transcurso de la investigación la perspectiva de la percepción de conflictos éticos. Tuvimos la preocupación de no evaluar si los problemas presentados configuran o no un conflicto ético y si hay o no un dilema. En nuestro entendimiento la percepción del alumno es el aspecto más relevante. Es el individuo, reconocido como agente moral, quien debe ser valorado y respetado en su sensibilidad a los problemas morales. Esta es una de las obligaciones con nuestros alumnos y que tan a menudo no se tienen en consideración. Es una responsabilidad estratégica en la

perspectiva de que deseamos que ellos también respeten a sus pacientes y sus familiares, como actitud indispensable para el buen profesional.

¿Cómo contribuir al desarrollo moral de nuestros alumnos y ayudarles a ser capaces de tomar decisiones autónomamente sobre cuándo revelar o no informaciones sobre diagnósticos de enfermedades con mal pronóstico, si no estamos permanentemente actuando en la perspectiva de reconocerlos como agentes morales? No hay más duda de que la llamada adoctrinación, es decir, las clases magnas y las conferencias, aunque sean pronunciadas por profesionales de gran respetabilidad o por profesores eméritos, son poco efectivas para la formación de la competencia moral y para la toma de decisión de los futuros médicos.

Los cursos actuales de Ética Médica de las Facultad de Medicina en Brasil no abordan las situaciones conflictivas vivenciadas por los estudiantes, así como la mayoría de los cursos de graduación en el área de la salud. Entendemos que este estudio apunta a la necesidad de un cambio profundo en los contenidos y métodos de enseñanza utilizados por los cursos de Ética Médica, la creación de espacios formales para la enseñanza y el debate sobre la Bioética. Lo que si no puede continuar y tampoco podemos permitir que continúe —por nuestro compromiso con esos alumnos, con la sociedad en general y con las generaciones futuras— es que el modelo de enseñanza y la comprensión de las responsabilidades de la universidad con la educación moral sean mantenidos en los moldes de como siempre fue hecho. La medicina cambió, la sociedad cambió y el papel social del médico también cambió. ¡Necesitamos estar sintonizados con nuestro tiempo!

¿Será que los cursos deben abolir las clases magistrales y pasar a incluir discusiones en pequeños grupos para debatir casos que involucren situaciones percibidas por los estudiantes como éticamente controvertidas? Los contenidos y métodos de la Filosofía Aplicada, de la Bioética necesitan ser presentados para que no se refuercen raciocinios de la llamada ética espontánea (72). Para ello, muchas veces el modelo de clase tradicional puede ser también indicado. El debate sobre los llamados dilemas éticos clásicos de la práctica médica (eutanasia, aborto, el caso de los Testigos de Jehová) deberá siempre tener su espacio, porque son buenos ejemplos o hasta ejemplos “paradigmáticos”, para presentar los métodos de análisis y de reflexión.

Por lo tanto, es necesario posibilitar a los estudiantes la reflexión y la discusión sobre situaciones que estén presentes en lo cotidiano y sobre las cuales ellos influyan efectivamente en las decisiones. No debemos debatir sólo opiniones teóricas, sino involucrar a los alumnos en debates sobre situaciones en las que ya se han visto y sobre las cuales fueron (o serán) brevemente responsables de una decisión. Esto puede estar relacionado tanto con la “cola” o el fraude académico en general, o con atender a un paciente sin supervisión.

Vivimos en una era digital donde las nuevas tecnologías surgen diariamente en los más lejanos rincones del planeta, y estos cambios con la globalización, una vez que forma parte del desarrollo humano de comunicarse, no se pueden considerar puramente como buenas o malas. Nuevas herramientas de comunicación como territorio libre tales como Facebook, WhatsApp, Snapchat, Telegram, Twitter, Instagram, YouTube, así como otras “redes sociales” y aplicaciones, hacen nuestras vidas más rápidas y aparentemente más cortas.

¿Cómo proceder en la educación de los jóvenes médicos? ¿Cómo influir en las demandas digitales modernas? ¿Cómo tener seguridad en la información de los pacientes en sistemas electrónicos de hospitales si hasta los “presidentes” de todo el mundo tienen sus sistemas violados cada día? ¿Cómo garantizar entonces, o peor, cómo enseñar y exigir sigilo de los alumnos de la era digital?

El Consejo Federal de Medicina (CFM) viene intentando acompañar las nuevas tecnologías, con nuevas normativas y resoluciones para las adecuaciones del CEM a las novedades digitales, regulando las propagandas que involucra médicos y servicios de salud, además de nuevas tecnologías de aplicaciones médicas distribuidas libremente en Brasil. Esta condición de “legislación” parece insuficiente, ya que la velocidad de aparición de esos nuevos “medios” es mucho mayor que la velocidad de los juicios en los consejos. La solución pasa entonces por el perfeccionamiento moral dentro de las escuelas, formando jóvenes profesionales mejor dotados de instrumentos intelectuales sobre ética, posibilitando mejor respuesta a los dilemas, o sea, ante la posibilidad de errar él tendrá medios de juicio propio para saber lo que es conflictivo éticamente de lo que no es.

Pero, además, es importante presentar a los estudiantes el cómo pensar y reflexionar sobre problemas concretos abordados por la Filosofía moral aplicada, y no pretender que cada alumno rehaga la trayectoria filosófica de la historia de la humanidad por su propia cuenta. Asumiendo que la universidad puede y debe tener un papel en la educación moral, hay que pensar en el significado de esa proposición. Está claro que no tendrá nada que ver con la antigua educación moral y cívica o con clases de catequesis en la medida en que no pretenda presentar una moral externa como la únicamente válida o como la mejor y más adecuada. La educación moral en la universidad debe ser laica y pluralista, buscando formar personas autónomas y comprometidas en el diálogo con el Otro, respetando al Otro y sus convicciones.

Este no es un problema brasileño. En varios países como Canadá, Estados Unidos, Japón y Chile los profesionales involucrados con la bioética concuerdan en afirmar que en sus países, actualmente, la enseñanza de la Ética en salud no atiende a las necesidades de las sociedades (81).

Glick, por ejemplo, defiende una posición semejante a la que defendemos aquí al resaltar la necesidad de dar énfasis a los aspectos éticos de la práctica médica del día a día, y no sólo a los difíciles dilemas que surgieron con la tecnología moderna (82).

Por medio de un curso de graduación bien fundamentado en la parte teórico-práctica, un buen conocimiento del Código de Ética, una buena relación médico-paciente y condiciones de trabajo, es posible que los errores puedan ser reducidos o, incluso, evitados.

Los programas de protección al paciente y la sistematización de las atenciones desde hace mucho tiempo vienen siendo implantados en los más diversos países, porque se sabe que “errar es de humano”. Sin embargo, la persistencia en el error nos parece absolutamente inaceptable, ya que ahora tenemos un instrumento contundente: la necesidad de cambio de paradigmas y de conceptos en el “arte” de enseñar Medicina.

- Dolcini, H. A, y Yansenson, J. F. *Ética y bioética: para equipo de salud*. 1° ed. - Buenos Aires. Librería Akadia Editorial. 2004
- Herenú, R. C. *Breve história evolutiva de la ética general y la ética biomédica em lá civilizacion occidental. Etica y bioética: para equipo de salud*. 1° ed. Cap. 1 – Buenos Aires. Librería Akadia Editorial. 2004
- Vásquez, E. M. . *Ética, calidad, competencia médica*. Rev. Colomb. Cir.:(mejor nombre completo). 2001. Vol 16(4):193-6.
- Franco, A. *Iatrogenia en cirugía ¿Cómo evitarla?* Rev. Colomb. 2006 Cir.; vol 21(1): pp.15-22.
- Costa, S.T.F. Oslka, G. Garrafa, V. *Iniciação à Bioética. Parte IV – Bioética Clínica. Erro Médico* [online]. [Acesso em 16 janeiro 2014]. 1998. pp. 253-256 Disponível em: <http://www.cro.org.br/fiscalizacao.pdf>.
- Udesmann, A. *Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. Revista da Associação. Médica Brasileira. 2002. Vol 48 (2): pp.172-82.
- Gomes, J. C. M. *O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro* [citado dez 2004]. *Bioética*; 4(1). 1996. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/ind1v4.htm>.
- França, G. V. *Iniciação à bioética. Parte IV – Bioética clínica. Erro médico* [online]. [acesso em 26 maio 2013]. Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/fiscalizacao/ETICA%20PRINCIPIOS%20DE%20BIOETICA.pdf>
- Moliani, M. M. *O reverso da cura: erro médico* [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 2010. pp 53-56
- Minossi, J. G. *Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; 2009 vol36 (1):90-5.
- Chehuen-Neto, N. J. A. et al. *Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito* Revista Brasileira de Educação Médica. 2011 . (Vol. 35, p. 23-26) http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100002
- Bitencourt, A. G. V., Neves, N. M. B. C; Neves, F. B. C. S, Souza-Brasil, I.S.P., y Santos, L. S. C. *Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007 Vol. 31(2): pp. 166-72.
- Ribeiro, W.C., y Julio, R. S. *Reflexões sobre erro e educação médica em Minas Gerais*. Revista Brasileira de Educação Médica; 2001 Vol 35 (2):263-7.
- Wachter, R. M. *The end of the beginning: patient safety five years after “To err is human”*. Health Affairs; 2004 Vol 4: pp 534-45.

Safepatientproject.org. To err is human: to delay is deadly: ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted. [Internet]. [Washington, DC]: Consumers Union. (Consumer Reports Health). [Cited 2015 Oct]. Available from [http://www.safepatientproject.org/safepatientproject.org/pdf/safepatientproject.org-ToDelayIs Deadly.pdf](http://www.safepatientproject.org/safepatientproject.org/pdf/safepatientproject.org-ToDelayIs%20Deadly.pdf). 2009.

Who. World alliance for patient safety. Forward programme. [Internet]. Geneva: WHO; 2004. p. 1. [Cited 2010 Oct]. Available from http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

LEAPE L. L. Error in medicine. *Jornal American Medicine Association*; 1994. 272:1851-7.

Palmer LI. Patient safety, risk reduction, and the law. *Houston Law Review*. 1999; 36:609.

Locatio, A. M., Lawthers, A. G., Brennan, T. A.; Laird, N. M., Herbert, L. E., Peterson, L. M.; et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*. 1991 325:245-51. Comment in: *N Engl J Med*. 1992; 326: 2:140.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. To err is human: building a safer health care system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press.2000. pp 78-79.

Fragata, J., y Martins, L. O erro em medicina. Coimbra: Edições Almedina. 2004. pp 43-46.

Annas, G. J. The rights of patients. Carbondale, IL: ACLU. 2004. pp. 1-3, 28-43, 337-361.

Hickson, G. B., Clayton, E.W., Githens, P. B.,& Sloan, F. A. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 1992. Vol. 267 (10): 1359-63.

Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994; 154 (12): pp. 1365-70.

Maglio, I. Medicina a la defensa del derecho a la salud. *Revista Argentina Reumatologia*. 2010. Vol. 21, pp. 7-8.

Bates, D. W. A 40-year old woman who noticed a medication error. *JAMA*, 2001; 285: 3134-40.

França, G. V. *Direito Médico*. São Paulo: Byk-Prociencx. 1978. pp. 34-36.

Leape, L. L.; Lawthers, A. G, Brennan, T. A., & Jhnson, W. G. Preventing medical injury. *Qual Rev Bull*; 1993. pp:144-9.

Leap, L. L.; Lawthers, A. G, Brennan, T. A., & Johnson, W. G. Preventing medical injury. *Qual Rev Bull*; 1993. pp:144-9.

Berlin, C. M., Mccarver, D. G., Notterman, D. A., Ward, R. M., Weismann D. N., Wilson G. S.; et al. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics*. 1998. pp. 102:428-30.

Bates, D.W. et al. the cost of adverse drug events in hospitalized patients. Adersa during events presentation study group. *JAMA*, 1997. Jan. 22-29; 277 (4).

Cambrocoli, F. em 4 anos, o número de processos por erro médico cresceu 140% no Superior Tribunal de Justiça. *Jornal Estadão*. 22 de março. 2015.

Kraman, S. S., & Hamm, G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999; n° 131:963-7.

Conselho Federal De Medicina. CFM n° 1.627/2001. Exposição de motivos. Anexo à Resolução [acesso em 16 de janeiro 2013]. Disponível em: <www.cfm.org.br>. 2001.

Carvalho, J. C. M. Iatrogenia e erro médico sob o enfoque da responsabilidade civil. Rio de Janeiro: *Lúmen Júris*. 2002. pp. 48-49.

Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei n° 2.848 de 07.12.1940 alterado pela Lei n° 9.777 em 26/12/98. Título I. Da Aplicação da Lei Penal. 1940.

Código De Ética Médica . Conselhos Regionais de Medicina. 2006. (6° ed.). pp. 45-47.

Balsamo, R. R., Brown, M. D. Risk management. In: Sanbar, SS, et al., ed. *Legal medicine*. Philadelphia, Pennsylvania: American College of Legal Medicine. Mosby, 2004. pp. 187-205.

Hefferman, M. The Health Care Quality Improvement Act of 1986 and the National Practitioner Data Bank: the controversy over practitioner privacy versus public access. *Bull Med Libr Assoc*; 1986 Vol. 84:263-9.

The council of the European union . Council recommendation on patient safety, including prevention and control of healthcare associated infections based on a Commission proposal (2009/C 151/01). [Internet]. Brussels: Council of the European Union, July [Cited 2015 Oct]. Available from http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.

Joint commission on accreditation of healthcare organizations. National patient safety goals. [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on accreditation of Healthcare Organizations, June 2010. [Cited 2010 Oct]. Available from <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/>

Altamn, L.K. Big doses of chemotarapy drug killed patient, *Hurt* 2d. *Archives, Times Machine*, 1995.

Intensive course on international trends in Clinical Quality, Risk Management and Patient Safety, Lisbon. Proven strategies. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Harvard Medical School; 2008. pp 26-25.

Pronovost, P. J.; Goeschel, C. A.; Olen, K. L.; Pham, J. C.; Miller, M. R., Berenholtz, S. M., et al. Reducing health care hazards: lessons from the commercial aviation safety team. *Health Affairs*; 2009 Vol 28: pp 479-89.

Macary, M.A; Daniel, M. Medical error – The third leading cause of death in U.S.A. *BMJ*. 2016; 353: i2139.

Programa do curso de medicina de Harvard. Consultado no site: <http://hms.harvard.edu/departments/academy>. Consultado em 25 de janeiro de 2014.

Brennan, T. A., Leape, L. L.; Laird, N. M., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl J. Med*; 1991; 324:370-6.

James, J. T. A. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*; 2013 Vol 9: pp.122-8.

Reason, J. *Human error*. Cambridge, (MA): Cambridge University Press. 1990. pp 23-26.

Greely, H. T. Do physicians have a duty to disclose mistakes? *West J Med*; 1999 n °171:82-83

Rosner, F.; Berger J. T.; Kark P.; Potash J. y Bennett A. J. Disclosure and prevention of medical errors. *Arch Intern Med*; 2000 Vol 160:2089-92.

Van Den Bemt, P. M. L. A., Egberts, A. C. G., Lenderink, A. W., Verzijl, J. M., Simons, K. A., Van Der Pol, W. S. C. J. M., et al. Adverse drug events in hospitalized patients – a comparison of doctors, nurses and patients as sources of reports. *Eur J. Pharmacol*; 1999 Vol. 55: pp 155-8.

Witman, A. B., Park, D. M., y Hardin, S. B. How do patients want physicians to handle mistakes? – A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med*; 1993 Vol 156: pp 2565-9.

Meeroff, M. *Ética médica*, Liberia Akadia, 2ª ed., 1993. pp. 101-102.

Feijoó E.J.C. *Temas de Parasitología Médica y patología tropical*. Universidad Nacional de Tucumán. 1951; p7 .

Bunge, M. *Filosofía para médicos*. Editora Giensa. Argentina. 2012, pp. 175-184.

Sirimarco, M. T., Figueiredo, N. S. V., Barbosa, T. N., y Silveira, T. G. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Rev Bras Educ Med*.; 2011. 35 (1): 5-12.

Mendonça, A. C., Villar, H. C. E., & Tsuji, S. R. O Conhecimento dos Estudantes da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) sobre Responsabilidade profissional e segredo médico, *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009 ed. 33 (2), pp. 222-229.

Ferreira, H. M., y Ramos, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm*; 2006. Vol. 19(3): pp. 328-31.

Rego, A. S., Xavier C., y Souza, R. D. N. Relatório da oficina “A Bioética nos processos de formação de profissionais de saúde”. V Congresso Nacional da Rede Unida. Londrina. 2003. Pp 45-49.

Romano, V. F. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente no terceiro ano médico: o relato de uma observação [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2001.

Ardigó, A. *Curso di sociologia sanitaria I*. Scuola di specializzazione in sociologia sanitaria. Bologna , Unoverrità di Bolongna. 1995. pp 456-467.

Tavares, F. M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007 Vol 31 (2):180-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/09.pdf>.

Rencoret, G. S. Auditoría médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. *Gestión de calidad: riesgos y conflictos*. *Revista Chilena de Radiología*; 2003 Vol. 9 (3):157-60.

Machado, M. H. et al. Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.1997. pp 32-35.

Espinosa, C.V. Menoret, V. Puchulu, M.B. ; Soleos, M.J. Witrin, A. Bioética en la relación equipo de salud – paciente. Buenos Aires. Jul/Sit 2009. Vol 27. N 128.

Piaget, J. The developmental psychology al Jean Piaget. Ed. D Van Nontravel.1963. pp 49-56.

Kohlberg, L. *Essays on Moral Development: Vol. II. The Psychology of Moral Development*. (Vol. II) New York: Harper and Row. 1994. pp. 348-349.

Duska R., Whelan, M. O desenvolvimento moral na idade evolutiva: um guia a Piaget e Kohlberg. São Paulo: Ed. Loyola. 1994. pp. 22-25.

Azevedo, E. E. S. . Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. *Interface Botucatu*. 1998 2 (2):127-38.

Pimentel, D., Oliveira, C. B., y Vieira, M. J. . Percepciones de los estudiantes acerca de la enseñanza de ética médica. *Rev Med Chile*. 2011, Vol. 139 (1): pp 36-44.

Weil, P. A nova ética, Ed. Rosa dos tempos: Rio de Janeiro. 1993 p121.

Berlinguer, G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec. 1995. pp 342-345

Nicholas, B. Power and the teaching of medical ethics. *J Med Ethics*. 1999. Vol 25(6): pp507-13.

Fox, E., Arnold R. M., y Brody, B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad. Med*.1995; vol.70(9): pp. 761-769.

Grisard, N. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica *Bioética*; 2002 vol. 10 (1): 97-114.

Silva, J. T. N., Miranda, D., Marcolino, J. A. M., y Muñoz, D. R. Medida da sensibilidade ética em estudantes de Medicina: um estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005; 29 (2): 103-109.

Hebert, P. C.; Meslin, E. M., Dunn, E. V., & Reid, S. R. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics*; 1998. Vol. 18: 142-147.

Lind, G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2000; 24(3):24-33.

Diaz, B. J. y Pereira, A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 8a ed. Petrópolis: Vozes. 1986. pp. 63-65.

Dallari, S. G. Perspectivas internacionais no ensino da Ética em saúde: entrevistas [citado dez 2004]. Bioética 1996; 4(1). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v4.htm>.

Glick, S. M. The teaching of medical ethics to medical students. J Med Ethics. 1994. pp 432-434.

ANEXO 1

Instrumento de recolección de datos – CUESTIONARIOS
Datos sociodemográficos.

PRIMEIRA PARTE

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

Masculino Femenino

3. Año da graduación: _____ Semestre: _____

4. Completó la Enseñanza Fundamental en la escuela:

Pública Particular

5. Completó la Enseñanza Media en la escuela:

Pública Particular

6. Curso pre-vestibular:

No Sí. ¿Cuántos años? _____

7. Curso universitario anterior:

No Sí. ¿Cuál?: _____

8. Especialidad médica que pretende seguir (si ya escogió): _____

9. Grado de escolaridad de la madre:

Enseñanza Fundamental ausente o incompleta

Enseñanza Fundamental completa

Enseñanza Media completa

Enseñanza Superior. Área de formación: _____

Especialización

Posgraduación

10. Grado de escolaridad del padre:

Enseñanza Fundamental ausente o incompleta

Enseñanza Fundamental completa

Enseñanza Media completa

Enseñanza Superior. Área de formación: _____

Especialización

Posgraduación

SEGUNDA PARTE

Marque apenas una alternativa en cada pregunta:

1. ¿Qué entiende usted por negligencia médica?
 - a) Acción sin la cautela necesaria.
 - b) Falta de observancia de los deberes que las circunstancias exigen.
 - c) Falta de observación de las normas, por falta de preparación práctica o por insuficiencia de conocimientos técnicos.
 - d) Todas las alternativas anteriores.
 - e) Ninguna de las alternativas anteriores.

2. ¿Qué usted entiende por imprudencia médica?
 - a) Acción sin la cautela necesaria.
 - b) Falta de observancia de los deberes que las circunstancias exigen.
 - c) Falta de observación de las normas, por falta de preparación práctica o por insuficiencia de conocimientos técnicos.
 - d) Todas las alternativas anteriores.
 - e) Ninguna de las alternativas anteriores.

3. ¿Qué usted entiende por impericia médica?
 - a) Acción sin la cautela necesaria.
 - b) Falta de observancia de los deberes que las circunstancias exigen.
 - c) Falta de observación de las normas, por falta de preparación práctica o por insuficiencia de conocimientos técnicos.
 - d) Todas las alternativas anteriores.
 - e) Ninguna de las alternativas anteriores.

4. ¿A su ver a qué se atribuye el creciente número de procesos contra los médicos?
 - a) Crisis en el sistema de salud.
 - b) Deterioro de la relación médico-paciente.
 - c) Mayor información por parte de los pacientes sobre sus derechos.
 - d) Influencia de los medios en la formación de las opiniones de los pacientes.
 - e) Calidad deficitaria de formación de los médicos.

5. ¿Ha tenido algún contacto con el CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)?
 - a) No.
 - b) Sí, debido a la curiosidad.
 - c) Sí, debido a la investigación para el trabajo de la universidad.
 - d) Sí, debido a la materia del curso de graduación que aborda el CEM.
 - e) Sí, por otro motivo. ¿Cuál motivo?: _____

6. ¿Cree que el enfoque realizado sobre el CEM es suficiente durante la graduación?
 - a) Sí, es adecuada.
 - b) Sí, pero podría ser más ampliamente explorado.
 - c) No, porque debería abordarse desde el primer período y englobado en todas las materias.
 - d) No, porque son expuestos pocos artículos durante la graduación.

7. ¿Usted como estudiante de Medicina, puede responder un proceso por imprudencia médica ante el CEM?
- a) Sí, una vez matriculado en curso de graduación, puedo ser responsabilizado según los artículos del CEM.
 - b) Sí, pero el profesor que me orienta también será penalizado.
 - c) No, pues todavía no soy médico, por lo tanto no respondo al CEM y ninguna otra persona podrá ser responsabilizada.
 - d) No, pero el profesor que me orienta será penalizado.
 - e) El profesor y yo no seremos responsabilizados por el acto, sino el paciente que permitió su realización.
8. Como académico de Medicina, ¿usted puede asumir un turno en una Unidad de Pronto Atendimiento (UPA)?
- a) Sí, siempre que sea bien remunerado.
 - b) Sí, siempre que tenga un médico preceptor y yo sea bien remunerado.
 - c) Sí, siempre que no sea remunerado e independiente de haber o no médico preceptor.
 - d) Sí, siempre que haya médico preceptor y que yo no sea remunerado por la actividad ejercida.
 - e) No, nunca puedo asumir tal actividad.
9. Como recién graduado en Medicina, pero aún sin el registro en el Consejo Regional de Medicina (CRM), es invitado a hacer un turno en una UPA. ¿Qué debe hacer?
- a) Aceptar, pues ya estoy formado en medicina y, por lo tanto, puedo ejercerla libremente.
 - b) Aceptar, pues la falta de registro en el CRM no me impide ejercer la medicina.
 - c) Acepta, pues esta situación difiere de la de un académico que asume un turno.
 - d) Negarse justificando que como todavía no tengo el registro en el CRM no puedo ejercer la profesión.
 - e) No lo sé, pero aceptaría el turno.
10. Usted, ahora médico de una UPA, atiende a un paciente víctima de accidente automovilístico que debido a complicaciones durante su atención evoluciona hacia la muerte. La declaración de defunción deberá ser emitida:
- a) Por mí, ya que fui yo quien presté la atención al paciente.
 - b) Por mí, ya que fui yo quien comprobé la muerte del paciente.
 - c) Por cualquier médico de la UPA ya que el óbito ocurrió dentro de la unidad.
 - d) Por el médico que transportó al paciente hasta la UPA, pues él fue el primero en atenderlo.
 - e) Por el Instituto Médico Legal (IML), pues la muerte del paciente está relacionada con causa violenta.
11. ¿El médico puede abandonar el tratamiento de un paciente?
- a) No, no hay motivo que justifique esta actitud.
 - b) Sí, puede abandonar en cualquier situación que considere conveniente.
 - c) Sí, siempre que haya motivo fuerte y que asegure que la paciente tendrá el acompañamiento de otro médico tan capaz como él.
 - d) No, pues su juramento no permite eso.
 - e) No, pues si el paciente ya pagó por el servicio y de esta forma el médico estaría infringiendo el Código del Consumidor.

12. Como estudiante de Medicina, ¿puedo someterme al CEM?
- No, este Código debe ser exclusivo de los médicos.
 - Sí, pues puedo ser penalizado si no cumpla lo que se determina en sus artículos.
 - No, pues no añade nada en mi profesión.
 - Sí, pues aun no pudiendo ser directamente penalizado, así no cumpla con sus determinaciones, sólo tengo que ganar en mi vida profesional futura.
 - No, porque no conozco el CEM.
13. Durante el internado usted atiende a una adolescente de 15 años que lo busca para saber sobre métodos anticonceptivos. Usted debe:
- Desestimular a la paciente a tener una vida sexual, pues está muy nueva.
 - Exigir la presencia de un responsable mayor de 18 años durante la consulta.
 - Orientarla una vez que ella se muestra capaz de seguir las orientaciones, pero comunicar a la familia sobre el contenido de la consulta.
 - Orientar a la paciente una vez que ella se muestra capaz de comprender las consecuencias de sus actos y mantener en secreto el contenido de la consulta.
 - Orientar a la paciente, pero informar a los familiares sobre el contenido de la consulta, en cualquier circunstancia, en caso de que ellos tengan interés en saber.
14. Durante el internado usted atiende a Doña María, una paciente de 38 años que trae un examen del marido para que usted lo analice, pues el esposo está trabajando y no puede ir a la consulta. El examen revela VDRL positivo (examen que puede indicar que el paciente es portador de Sífilis). ¿Qué debes hacer?
- Decir a Doña María que su marido tiene una enfermedad de transmisión sexual y debe buscar asistencia médica.
 - Decir a Doña María que usted puede incluso mirar el examen, pero sólo podrá dar el diagnóstico al marido.
 - Decir a Doña María el diagnóstico y solicitar el mismo examen para ella.
 - Decir el diagnóstico a Doña María, pues ella es una esposa dedicada.
 - No sé qué hacer y pediría ayuda a mi preceptor.

TERCERA PARTE

1. ¿Has leído todo el Código de Ética Médica?
- Completamente Parcialmente Nunca lo leí
2. En su opinión, ¿en qué momento del curso debe ser enseñada la disciplina de Ética Médica?
- Semestre.
 Todos los semestres.
 Materia optativa.
 No es esencial durante la graduación.
3. ¿Con qué frecuencia usted se actualiza sobre ética médica y bioética?
- Nunca
 Raramente
 Anualmente
 Semestralmente
 Mensualmente

4. ¿Cuál es su fuente de actualización acerca de ética médica y bioética?

- Revistas laicas.
- Revistas especializadas.
- Internet.
- Congresos / foros / afines.
- No actualizo.

5. Durante su curso, ¿usted encontró a algún profesor que considere mal ejemplo en relación al cumplimiento del Código de Ética Médica?

- Sí No

En las cuestiones 6 y 7, marque un valor en la escala de 1 a 5, siendo 1 el mínimo y 5 el máximo

6. ¿Cómo usted evalúa su conocimiento de respeto por la Ética Médica en general?

5 4 3 2 1

7. Para su formación como médico, comparada a las otras disciplinas, ¿cómo evalúa la importancia de la Ética Médica?

5 4 3 2 1

En las cuestiones de 8 a 10, evalúe las afirmaciones y marque verdadero o falso.

8. El Código de Ética Médica estandariza relaciones entre médicos, médicos y pacientes, médicos y otros profesionales del área de salud.

- Verdadero Falso No sé

9. Médicos, enfermeros y otros profesionales del área de salud están sometidos al Código de Ética Médica.

- Verdadero Falso No sé

10. El Código de Ética Médica es penalizado.

- Verdadero Falso No sé

QUARTA PARTE: CUESTIONES PRÁCTICAS

Casos clínicos:

1. P.A.J., 27 años, albañil, casado, tres hijos saludables. Comparece al Ambulatorio de Infectología con quejas de adelgazamiento y candidiasis oral. Fue realizado la serología para el VIH, con resultado positivo. El paciente no pretende revelar tal hecho a su esposa, ya que mantiene casos extraconyugales y no quiere que sepa de ello, pues lo abandonaría. ¿El médico debe contar a la esposa del paciente el contenido de esa consulta?

Sí, por justa causa, con el fin de proteger la vida de terceros, y la no revelación podrá producir daño futuro.

No, ya que se trata de un secreto que se ha revelado al médico durante la consulta; la violación del secreto implica castigo disciplinario para el profesional.
2. En un artículo para publicación en un periódico especializado en el asunto, el cirujano plástico pretende incluir fotos —sólo del tórax y sin ninguna identificación— de algunas de sus pacientes que fueron sometidas a la mastoplastia, tampoco pretende solicitar autorización de las mismas. ¿Esto es posible?

Sí, pues se trata de fotos sólo del tórax, lo que impide el reconocimiento de la paciente, y la publicación ocurrirá en revista conceptuada, no trayendo perjuicios a la paciente.

No, pues para ello es necesaria autorización expresa de cada paciente que será exhibida.
3. L. C., sexo femenino, 15 años. Comparece a la Unidad de salud de su barrio para pedir al médico orientaciones en cuanto al uso de anticonceptivo hormonal oral y prescripción del mismo. Pide que él no diga nada a sus padres, pues siente miedo de que su familia no acepte y considere muy precoz el inicio de su vida sexual. ¿El profesional puede revelar el hecho a los padres de la niña?

Sí, pues se trata de una paciente menor de edad, relativamente incapaz de solucionar, sola, sus problemas. Por lo tanto, el secreto puede ser roto, y este hecho, revelado a los padres de la niña, sus responsables legales.

No, el médico debe mantener el secreto, pues la menor demuestra pleno uso de sus facultades mentales y capacidad de evaluar su problema, así como buscar soluciones para resolverlo.
4. Noche de sábado, en Emergencia de una ciudad del interior, el médico responsable del turno no logra atender todos los casos que dan entrada, ya que la demanda de pacientes que necesitan el servicio de salud es grande. Él solicita ayuda a otros profesionales: pide a la enfermera que realice una sutura y a la auxiliar de enfermería que recomiende dipirona a un paciente porque él solo no logra realizar todas las atenciones. ¿Esta conducta fue adecuada?

Sí, el médico puede solicitar tal ayuda, ya que está supervisando, aunque indirectamente, los procedimientos realizados por los profesionales de la salud. Además, hay un gran número de pacientes que necesitan atención, y el médico necesita realizarlos.

No, pues el médico no debe delegar a otros profesionales actos o atribuciones exclusivas de su profesión.

ANEXO 2

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

Yo, _____, RG _____, de acuerdo con lo establecido en el artículo de la Ley Orgánica del Trabajo, en el que se aprueba el proyecto de investigación titulado: “Estudio de la percepción del grado de Medicina sobre aspectos del Código de Ética Médica y su influencia en la aparición de *error médico* en sistemas de salud”, desarrollado por el Profesor Marcelo Barros Weiss del curso de Medicina de la Facultad de Medicina *Suprema* y Doctorando en Salud Pública por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales; en cuanto a los siguientes aspectos:

- a) La investigación busca analizar el grado de conocimiento de los estudiantes de Medicina de la UNIPAC Juiz de Fora sobre el Código de Ética Médica y Ética Médica.
- b) Se realizará un estudio transversal, con la aplicación de un cuestionario anónimo para los alumnos del cuarto al noveno semestre de las clases del curso.
- c) La investigación no implica riesgos de ninguna naturaleza para el estudiante.
- d) El estudiante tiene la libertad de negarse a participar o retirar su consentimiento, en cualquier fase de la investigación, sin penalización alguna y sin perjuicio de su cuidado;
- e) Garantía de que el estudiante recibirá aclaraciones de cualquier duda relacionada con la investigación y de que podrá conocer los resultados del estudio, cuando sea solicitado;
- f) Seguridad de que no será identificado y garantía de sigilo en cuanto a los datos confidenciales involucrados en la investigación, asegurando absoluta privacidad;
- g) Los resultados podrán ser usados para divulgación en eventos médicos o publicaciones médicas, con la garantía de anonimato del sujeto de la investigación.

DECLARO, igualmente que, tras convenientemente esclarecido, de modo simple y objetivo por el investigador, y haber entendido lo que me fue explicado, consiento voluntariamente en participar de esta investigación. Declaro, además, que recibí copia del presente término.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Firma del participante _____

Firma y sello del investigador _____

REALIZACIÓN:

SEVEN
publicações acadêmicas

¡ACCEDE A NUESTRO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO AL **INVESTIGADOR** Y LA **CIENCIA** EN UN SOLO CLIC.