

Los problemas éticos en la práctica clínica de médicos jóvenes peruanos

Ethical problems in clinical practice for young Peruvian physicians

Cecilia Sogi Uematsui¹, Salomón Zavala Sarrio¹, Ana Delgado Vásquez¹, Maximiliano Cárdenas Díaz²

RESUMEN

Objetivo: Identificar los problemas éticos que perciben los médicos jóvenes peruanos en su práctica clínica.

Material y método: Participaron en el estudio 1 429 médicos (92% del total) postulantes a las plazas de residencia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009. Se utilizó la Escala de experiencia ética de Hurst y Colab., cuya validez se estableció a través de la prueba de jueces y su confiabilidad con la prueba alfa de Cronbach (749). Se elaboró una base de datos en Excel y se utilizó el paquete estadístico SPSS 15 para análisis de frecuencia y chi cuadrado. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima.

Resultados: Del total de participantes (1 429), el 57% fue varón; edad media 31,4 (DE 5,1), rango entre 23-58 años; egresados de 26 escuelas de medicina del país y 14 del exterior; media del año de egreso 2004, rango entre 1982-2008. Recursos diagnósticos y terapéuticos limitados fue percibido como el problema ético más frecuente, seguidos de tratar pacientes incapaces/inseguros y conflictos con normas institucionales. Se halló diferencias en la frecuencia de problemas éticos por edad, sexo y año de egreso de la escuela de medicina.

Conclusión: Los médicos jóvenes peruanos perciben con frecuencia problemas éticos, y éste se relaciona con inequidad en atención de la salud.

Palabras clave: Análisis ético, Servicios de salud, ética médica.

ABSTRACT

Objective: To identify ethical problems that Peruvian young physicians may face in their clinical practice.

Material and method: Fourteen hundred and twenty nine (92%) physicians registered in the competition for residency vacancies in Universidad Nacional Mayor de San Marcos for year 2009 participated in this study. The Hurst et al. scale for ethical experience was used, its validity was established in a peer-reviewed analysis, and its reliability was proved using the Cronbach-alpha test (749). A data base was elaborated using Excel tables and the SPSS-15 statistical package was used for frequency and chi-square analyses. Participation in the study was on a volunteer and anonymous basis.

Results: Of 1429 participants, 57% were male, mean age was 31.4 years (SD: 5.1), the age range was between 23 and 58 years, participants came from 26 different Peruvian schools of medicine and from 14 foreign schools of medicine. The majority of physicians finished their training in 2004, but the range was between 1982 and 2008. Limitations in resources for diagnosis and therapy were perceived as the most frequent ethical problems, followed by difficulties in treating patients with disabilities or with personality disorders, and conflict with institutional regulations. Differences were found in the frequency of ethical problems according to age, sex, and time since finishing studies in medical schools.

Conclusions: Young Peruvian physicians often perceive ethical problems, and this is related to inequities in healthcare.

Key words: Ethical analysis, health services, Ethics, Medical.

INTRODUCCIÓN

Los problemas éticos son inherentes a la práctica clínica, tal como señalan Jonsen y Colab., en su libro *Ética clínica*: “La medicina, aún la más técnica y científica, es un encuentro entre dos seres humanos, y el trabajo de los médicos de diagnosticar y recomendar tratamiento, está inmerso en un contexto moral”¹.

Los autores citados proponen un método de análisis ético tomando en cuenta cuatro aspectos: 1) Las indicaciones médicas. Se refieren a las intervenciones diagnósticas y terapéuticas analizando las metas del tratamiento y las posibilidades en beneficio del paciente; 2) Las preferencias del paciente. Se refieren a los valores personales del paciente y la evaluación que éste hace de los beneficios y riesgos, que son éticamente relevantes; 3) La calidad de vida. Es meta de la intervención médica de restablecer, mantener o mejorar la calidad de vida del paciente afectado por la enfermedad; 4) Los factores contextuales, entendiéndose como tal las características sociales, económicas, legales y administrativas del contexto en las que se presenta el caso¹.

La naturaleza de los problemas éticos, la gravedad de los mismos así como los recursos con los que cuentan los médicos para enfrentarlos varía de acuerdo al contexto. Por ello, consideramos importante describir, brevemente, la situación de salud del Perú.

La salud en el Perú: La salud de la población peruana ha mejorado en las últimas décadas, paralelamente al desarrollo económico, afirma Bardales del Águila: “el acceso de grupos marginados a ciertos servicios de salud y mejoría de algunos indicadores de salud, en especial la mortalidad infantil de las zonas urbanas, mediante el control de las enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles; sin embargo, en las zonas rurales persisten altas tasas de mortalidad infantil, peri-natal y materna... En el contexto latinoamericano, la salud de la población peruana es bastante insatisfactoria e inícuca, comparada con países de similar o menor desarrollo económico”².

Una publicación del Programa de Políticas Públicas y Salud de la OPS, de febrero del 2002, destaca las desigualdades de salud en el país, que: 1) la tasa de afiliación al sistema de salud es relativamente baja, no llega al 36%, con diferencias urbano-rural, por grupos de edad y nivel de ingresos; 2) la incidencia de enfermedad o accidente tiende a variar de acuerdo al grupo de edad, sexo, nivel de ingreso y condición urbano-rural³.

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

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

La baja afiliación al sistema de salud estaría relacionada con el hecho de que, según Bardales del Águila: “la constitución peruana es contradictoria e insuficiente en la institución del derecho en salud; así establece que la seguridad social es universal pero a la vez progresiva y que el Estado sólo garantiza el libre acceso a los servicios, restringiendo a la ciudadanía a una condición de clientes de servicios en un libre mercado sin instaurar el derecho a la salud”².

Justicia sanitaria: Vidiella resume las posiciones más influyentes sobre la justicia en salud poniendo en relieve el estatus problemático que posee la justificación de un derecho a la asistencia sanitaria. Dice: “El argumento de mayor peso esgrimido por Engelhardt para refutar la tesis de un derecho positivo a la salud reside en considerarla, junto con la enfermedad, como productos de la lotería natural –con excepción de los males provocados por acciones de terceros, en cuyo caso el Estado tiene la obligación de hacer cumplir el tercer principio de Nozick (de rectificación de las injusticias)... Norman Daniels, siguiendo la teoría de la justicia como equidad de Rawls, señala que el criterio de justa igualdad de oportunidades es el principio rector que debe guiar las decisiones más relevantes en materia de justicia sanitaria. Éste permite diferenciar las necesidades de las preferencias, fijar los límites de los servicios que el Estado tiene la obligación de proveer y clasificarlas en orden de importancia, así como orientar la evaluación de nuevas tecnologías... Walter dice: si se trata de establecer qué criterios distributivos deben guiar las prácticas de una sociedad democrática, hay que prestar atención a la libertad y la igualdad, ya que son valorados socialmente. Esto permite formular tres principios que encarnan dichos valores: 1) cada comunidad política debe atender las necesidades de sus miembros tal como la comunidad entiende esas necesidades; 2) los bienes deben ser distribuidos en función de esas necesidades; 3) la distribución debe reconocer y sostener la igualdad de los ciudadanos”⁴.

Por su lado, Cruceiro dice: “El derecho a la asistencia sanitaria no es algo dado por naturaleza, sino un logro, una conquista del Estado de derecho. Para que ese derecho se haga efectivo, y en condiciones de equidad, se requieren muchos elementos: inversión presupuestaria, evaluación de costes, definición del paquete básico de prestaciones, etc. Todo ello es responsabilidad de la sociedad, y por lo tanto, ya le viene dado al clínico. Pero hay un nivel fundamental como las anteriores, el de las instituciones sanitarias y el de los profesionales. Es importante que los clínicos perciban que son piezas fundamentales para el mantenimiento de ese derecho, y que pueden y deben hacerlo sin entrar en conflicto de intereses con sus obligaciones clínicas”⁵.

Conclusiones de la President’s Commission⁶ respecto a la justicia sanitaria:

- La sociedad tiene obligación ética de asegurar un acceso equitativo de todos a la asistencia sanitaria.
- La obligación social se contrapesa con las obligaciones individuales.

- El acceso equitativo a la asistencia sanitaria requiere que todos los ciudadanos sean capaces de asegurarse un nivel adecuado de asistencia sin excesivos costes.
- Cuando la equidad se consigue mediante la actuación de las fuerzas privadas, entonces no es precisa la intervención gubernamental, pero la responsabilidad última en asegurar que la obligación de la sociedad se cumple, mediante una combinación de actuaciones de los sectores público y privado, pertenece al gobierno Federal.
- El coste del logro de un acceso igualitario a la asistencia sanitaria debe repartirse equitativamente.
- Los esfuerzos por contener el crecimiento de los costes sanitarios son importantes, pero no deben orientarse a limitar el logro del acceso igualitario a la población peor servida del público.

Experiencia ética: Diversos estudios señalan que la experiencia de enfrentar dificultades éticas es mundial. En Europa, Hurst y cols., llevaron a cabo una encuesta sobre el tema en médicos italianos, noruegos, suizos e ingleses, concluyendo que existen dificultades éticas en la práctica clínica de los países estudiados, con diferencias importantes tanto en frecuencia de los diferentes tipos de dilemas cuanto a la percepción sobre su dificultad⁷.

En Norteamérica, DuVal y cols., llevaron a cabo una encuesta nacional sobre experiencia con dilemas éticos y consulta ética, en médicos internistas. Los autores hallaron que: 1) cerca del 90% de los médicos participantes enfrentaron recientemente dilemas éticos; y disponen de un amplio rango de habilidades y recursos con los que hacer frente. Sin embargo, aquellos con menor entrenamiento y experiencia es menos probable que accedan y soliciten consulta ética; 2) los tipos de dilemas éticos varían con la sub especialidad; 3) una minoría significativa carece de acceso a consulta ética; 4) la mayoría de los internistas evaluaron positivamente la consulta ética, la consideraron útil y productiva para soluciones satisfactorias, e instructiva para el futuro⁸.

No hemos hallado estudios latinoamericanos sobre el tema que nos ocupa, al menos en la base de datos de FELAIBE que registra artículos de investigación y tesis de autores latinoamericanos.

En nuestro medio no existen estudios nacionales y sólo contamos con datos de poblaciones circunscritas. Así, Sogi y cols., hallaron que los médicos residentes del 1er año de un hospital nacional enfrentan problemas morales en su práctica clínica. Siendo los más frecuentes los problemas: médico-legales, de relación médico paciente y de información⁹. Otro estudio nacional sobre formación ética de internos de medicina de una universidad nacional capitalina reveló deficiencias en dicha formación en tres tópicos relacionados: 1) veracidad en la información al paciente y a la familia; 2) consentimiento informado; 3) relación médico paciente, relación con colegas y otros profesionales de la salud¹⁰.

El presente estudio intenta llenar un vacío de información sobre el tema de dificultades éticas en la práctica clínica en nuestro medio y describir la naturaleza de los problemas más frecuentes que enfrentan los médicos recién graduados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población. Participaron en el estudio 1 429 (92%) del total de médicos postulantes al examen de admisión al residentado médico de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) 2009.

Instrumento. Escala de experiencia ética (Ethics Experience Scale elaborado por Hurst y colaboradores). Explora experiencia con problemas éticos en general así como el tipo de dificultad (por ejemplo: tratar pacientes incapaces o inseguros de tomar decisiones; conflicto por desacuerdo entre médicos tratantes; limitación del esfuerzo terapéutico u orden de no resucitar, etc.). Las opciones de respuesta son: nunca (0), rara vez (1), algunas veces (2) y a menudo (3). El puntaje de la escala va de 0-36. Se inicia con el fraseo “¿Qué tan a menudo se ha visto frente a las siguientes situaciones...?”. Luego tiene tres preguntas abiertas: 1) ¿Puede describir brevemente un ejemplo de una situación éticamente problemática que haya vivido en su práctica médica?; 2) ¿Tuvo algún tipo de ayuda para hacer frente al problema descrito? Si la tuvo ¿Cuál?; y si no la tuvo; 3) ¿Qué clase de ayuda hubiera sido útil? Se pide comentarios sobre la escala y por último que anote sexo, edad, universidad de origen y año de graduación.

Procedimientos. Se solicitó autorización al Director de la Unidad de Postgrado, Facultad de Medicina, UNMSM, para la aplicación del cuestionario. Luego de su aprobación, la recolección de datos se coordinó con el jefe de Sección de Segunda Especialización. Esta tuvo lugar el 25 de mayo del 2009.

Validez y confiabilidad del instrumento. La validez de contenido se estableció a través de la prueba de jueces. Participaron ocho jueces, miembros del Instituto de Ética en Salud, UNMSM. La concordancia entre jueces se estableció mediante la prueba propuesta por Aiken¹¹. Esta fue significativa ($p < .05$) en nueve de los diez tipos de dificultad ética. El ítem 9 sobre la cual no coincidieron los jueces fue revisado cambiándose su fraseo.

Prueba de confiabilidad. Se utilizó los resultados de la escala con los 1429 participantes, por no contar previamente con una población similar. Se utilizó la prueba alfa de Cronbach y la confiabilidad fue de .749.

Recolección de datos. El instrumento fue aplicado el 25 de mayo, en la Facultad de Medicina, UNMSM, luego de concluido el examen de admisión a la residencia médica.

Análisis de datos. Se revisaron los cuestionarios separándose aquellos incompletos en las respuestas. Luego, se elaboró la base de datos en EXCEL y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para análisis de frecuencia y chi cuadrado.

El Chi cuadrado se utilizó para establecer las diferencias en la frecuencia de experiencia con problemas éticos por edad, sexo, universidad de origen y año de egreso. Para ello estas variables fueron clasificadas en:

Edad:	30 –	(48,4%)	31 +	(42,3%)
Sexo:	Varón	(57,2%)	Mujer	(37,7%)
Universidad:	UNMSM	(21,8%)	Otras	(64,9%)
Año de egreso:	2003 –	(28,8%)	2004-2008	(60,3%)

Luego, para la exactitud del análisis bivariado los casos perdidos (missing) fueron reemplazados: edad 133 (9,3%) por el promedio, 31 años; sexo 118 (8,3%) por el más frecuente, varón; universidad de origen 188 (13,2%), la mitad por UNMSM y la otra mitad otras; año de egreso 155 (10,8%), la mitad por 2003 y menos y la otra mitad por 2004-2008.

Ética. Se comunicó a los postulantes que la participación era voluntaria, el cuestionario era anónimo y que los datos se tratarán siguiendo las reglas de confidencialidad.

RESULTADOS

Características sociodemográficas. Participaron en el estudio 1 429 médicos. El 57,2% fue varón. La edad promedio fue 31,4 (DE 5,1), edad mínima 23 y máxima 58. El rango de edad fue: menores de 29 = 39,3%; 30-34 años = 29,8%; 35-39 años = 15,2%; y 40 a más años = 6,4%.

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

Año de egreso. El total de participantes egresaron entre 1982-2008. El año de egreso promedio fue 2004 (de 3,7).

Experiencia ética. La Tabla 1. presenta, en orden de frecuencia, el tipo de problema ético informado por los participantes.

De los 1 429 médicos que completaron la parte estructurada de la escala de experiencia ética, 897 (62,8%) respondieron a la pregunta ¿Puede describir brevemente un ejemplo de una situación éticamente problemática que haya vivido en su práctica médica? Estas respuestas fueron clasificadas de acuerdo a la lista de problemas éticos de la misma escala. En relación a recursos diagnósticos y terapéuticos limitados, las descripciones que proporcionan los médicos ilustran esta categoría:

Cuadro N 1. Orden de frecuencia de experiencia con problemas éticos

	Nunca/ Rara vez	Alguna vez	A menudo
Recursos diagnósticos/ terapéuticos limitados	15,9	41,4	42,7
Tratar pacientes incapaces/ inseguros	37,9	52,6	9,5
Conflictos con normas institucionales	52,2	38,3	9,4
Desacuerdo del paciente por razones diferentes religión/ cultura	58,2	34,5	7,3
Desacuerdo del paciente por razones religiosas/culturales	58,9	34,8	6,2
Desacuerdo entre médicos tratantes	58,2	35,7	6,1

En postas de salud muy pobres, a veces por falta de recursos para diagnóstico, se tiene que intentar un tratamiento sin tener en realidad un diagnóstico establecido. Algunas veces produciendo en realidad más daño que bien.

Por lo general la mayoría de problemas los he tenido durante mi SERUMS, en el aspecto de recursos diagnósticos y terapéuticos limitados, lo cual no me permitía brindar una atención de calidad.

No envían ambulancia para recoger un paciente en zona poco accesible (6 horas de viaje). Diagnóstico: obstrucción intestinal. Resultado: muerte del paciente.

Los puestos de salud en zona rural no están en condiciones de dar RCP avanzado si fuera necesario. O sea, un infarto en zona rural quintil I se va a morir de todas maneras, y eso lo sabemos los médicos.

Tuve dos pacientes. Niño de cinco años con crisis asmática y anciano con antecedentes de fibrosis pulmonar y sólo tengo un balón de oxígeno. Tuve que instalar el tratamiento primero al niño.

Niña de cuatro años llega inconsciente, mal estado general. Diagnóstico de intoxicación por órganos fosforados. Se utilizan dos ampollas para atropinización. Se termina medicamento en el establecimiento. Paciente fallece durante el traslado al hospital (actualmente en fiscalía).

Encontrarme frente a un caso de un paciente de recursos económicos escasos, cuyo estado de salud requería de forma urgente ser intervenido quirúrgicamente y por falta de transporte y medios materiales no puedo ser trasladado y falleció.

Paciente adulto mayor en extrema pobreza, viviendo con animales, sin ningún familiar, postrado, hemipléjico, desnutrido, con tubo de traqueotomía, viviendo de la caridad de vecinos.

Paciente con enfermedad crónica (IRC), sin dinero para hemodiálisis, solicita retiro voluntario por carecer de recursos, sin seguro médico.

La frecuencia de otras dificultades éticas (limitación del esfuerzo terapéutico/orden de no resucitar; duda en mantener o no el secreto profesional; duda respecto a revelar el diagnóstico al paciente) fue baja, siendo la menos frecuente solicitud de suicidio asistido/eutanasia.

El rango del puntaje total alcanzado por cada uno de los 1 429 participantes fue entre un mínimo de 0 y un máximo de 29 con una media de 12,78 (de 4,6).

Diferencias en la frecuencia de experiencia con problemas éticos por variables socio-demográficas:

Edad. Más frecuente en el grupo de 31 años a más: experiencia con dificultades éticas en general ($p < .000$)

Sexo. Menos frecuente en mujeres, duda en mantener el secreto profesional ($p < .05$); menos frecuente en varones desacuerdo con el paciente por religión/cultura ($p < .05$); más frecuente en varones conflictos con normas institucionales ($p < .05$); más frecuente en mujeres experiencia con limitación del esfuerzo terapéutico ($p < .05$)

Año de egreso. Menos frecuente en egresados entre 2004-2008 experiencia con problemas éticos en general ($p < .01$); menos frecuente en egresados entre 2004-2008 conflictos con normas institucionales ($p < .05$); más frecuente en egresados del 2003 y antes experiencia con limitados recursos diagnósticos y terapéuticos ($p < .05$).

Universidad. No se halló diferencias significativas en la frecuencia de experiencia con problemas éticos por universidad de procedencia.

DISCUSIÓN

Se obtuvo datos sobre experiencia ética de 1 429 médicos (92%) del total de postulantes al examen de admisión del residentado médico de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009. La proporción de varones fue ligeramente mayor (57%). La población fue heterogénea en: edad promedio de 31,4 (de 5,1) con rango de 23 a 58 años; procedentes de 26 escuelas de medicina del país y 14 del exterior; año de egreso promedio de 2004, con rango entre 1982-2008.

Instrumento. La validez y confiabilidad de la escala de experiencia ética fueron buenas.

Experiencia con dificultades éticas. En el estudio de Hurst y cols., autores de la escala de experiencia ética, la edad media de los participantes fue de 51 años de edad con años de experiencia clínica promedio de 25 años. La media del puntaje alcanzado en la escala fue de 10,12, con un rango de 0-25 para un máximo de 36. Las dificultades éticas más frecuentes fueron: tratar pacientes incapaces o inseguros de tomar decisiones (94,8%); conflicto por desacuerdo entre médicos tratantes (81,2%) y limitación del esfuerzo terapéutico u orden de no resucitar (79,3%). El tipo de experiencia ética varió entre médicos de práctica hospitalaria y ambulatoria. Los médicos del Reino Unido y Suiza informaron mayor frecuencia de experiencia con problemas éticos que los de Noruega e Italia. En general

los médicos informaron menor frecuencia de dificultades éticas si eran de mayor edad y con larga experiencia clínica y trabajan más horas semanales en práctica ambulatoria. La baja frecuencia de desacuerdo del paciente por razones diferentes a la religión/cultura y la alta frecuencia de incertidumbre respecto a revelar o no el diagnóstico entre los médicos italianos, sugiere un modelo de relación médico paciente paternalista. La alta frecuencia de solicitud de eutanasia/suicidio asistido en Suiza refleja la situación legal del tema en ese país.

Nuestros hallazgos no son estrictamente comparables a los de Hurst y cols. por las características de la población: edad media de 31 años y con poca experiencia clínica (cuatro años en promedio). Sin embargo, pese a ello, la media del puntaje alcanzado en la escala fue mayor en nuestra población (12,8); y la dificultad ética más frecuente fue: recursos diagnósticos y terapéuticos limitados (43%).

Diferencias por edad, sexo y año de egreso en la frecuencia de problemas éticos percibidos. Los problemas éticos en general, percibidos con mayor frecuencia en aquellos de 31 años a más indicaría que a mayor experiencia clínica mayor experiencia con problemas éticos. Asimismo, en aquellos egresados antes del 2003, que indica mayor experiencia clínica, percibieron como más frecuentes recursos diagnósticos y terapéuticos limitados. Respecto al género, la poca frecuencia de desacuerdo con el paciente por religión/cultura indicaría tendencia hacia una relación paternalista en varones, mientras que mayor frecuencia de limitación del esfuerzo terapéutico indicaría una mayor tendencia hacia la beneficencia en mujeres.

En los Estados Unidos, DuVal y cols., en su estudio nacional hallaron que los dilemas éticos más recientes que enfrentaron los médicos internistas fueron temas de: final de la vida, autonomía del paciente, justicia y conflicto entre las partes. Los dilemas éticos variaron con la sub-especialidad: los internistas describieron más temas relacionados con justicia tales como cobertura del seguro médico ($p < .01$); mientras que los oncólogos informaron más dilemas relacionados con veracidad en la información diagnóstica de cáncer terminal ($p < .05$); y los intensivistas dilemas relacionados con temas de final de la vida y situaciones en las que la capacidad del paciente es cuestionable ($p < .01$).

Limitados recursos diagnósticos y terapéuticos. En nuestro estudio, las limitaciones materiales de las propias instituciones de salud van de la mano con la pobreza de sectores de la población, fundamentalmente rural, en la descripción de algunos participantes. Uno de ellos dice, por ejemplo: *Al trabajar en Puestos Centros de Salud, existe limitación en cuanto a los recursos diagnósticos y/o terapéuticos, por lo que muchas veces el paciente no recibe una atención médica adecuada, lo cual se agrava con el hecho de falta de recursos económicos del paciente. Algunas veces se recibe ayuda de autoridades locales, pese a que se cuenta con SIS, el mismo que no cubre totalmente o hay limitaciones.*

Respecto al tema de *atención médica adecuada*, Cash, de la escuela de salud pública de la Universidad de Harvard dice: “Los sistemas de salud que fracasan en brindar el nivel de servicio que es factible en un sistema eficiente y justo, aún dado severas limitaciones de recursos, debe ser juzgado como de calidad inferior al establecido. El estándar de comparación aplicable es el registro de logro de países con similar geografía, densidad poblacional, economía e historia”¹².

En el Perú, el 2 de abril del presente año, el Gobierno promulgó el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), cuyo objetivo declarado es brindar igualdad de oportunidades a todas las personas para acceder a las prestaciones de salud. Se pretende dar cobertura de salud a los no asegurados en algún sistema existente.

En relación al tema de servicios de salud y nivel socioeconómico de la población, consideramos interesante el estudio de Burstin y cols., quienes examinaron la relación entre estatus socioeconómico del paciente con riesgo de eventos adversos, en 51 hospitales del estado de Nueva York. Los autores hallaron que la falta de seguro de salud, más no la raza, ingreso económico o género, es el mayor factor de riesgo socioeconómico de una atención médica de calidad inferior al establecido. Esto se debería, según los autores a que aquellos sin seguro de salud: 1) enfrentan mayores barreras para acceder a los servicios ambulatorios de la comunidad; 2) reciben atención mayormente en servicios de emergencia, donde hallaron que ocurren más lesiones por negligencia en aquellos sin seguro de salud que en los que sí cuentan con él; 3) habría mayor indecisión para su admisión al hospital (13).

Finalmente, los problemas éticos de justicia sanitaria se presentan no sólo por falta de seguro de salud sino cuando éste no cubre los costos de la atención. Así, Hurst y cols., en su estudio sobre respuestas de los médicos frente a limitación de recursos, hallaron que la limitación en cobertura de los sujetos asegurados fue la fuente de la dificultad en el 36% de los casos, mientras que la ausencia total de seguro de salud lo fue en un porcentaje menor de casos, 20%¹⁴.

Conclusiones. Los hallazgos de nuestro estudio nos permiten concluir que nuestros médicos, pese a su corta experiencia clínica, perciben con frecuencia dificultades éticas. Y la naturaleza de esta dificultad se relaciona, mayormente con características del sistema sanitario nacional, entre ellas la inequidad en atención de la salud.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Ernesto Ráez Gonzáles, Director de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad, Mayor de San Marcos y a su equipo de colaboradores; asimismo a todos los médicos que colaboraron y permitieron la realización del presente estudio.

Estudio de Investigación con Asignación a la Investigación y con Incentivo al Investigador 2009, Consejo Superior de Investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jonsen AR, Siegler M y Winslade WJ. Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Sixth Edition. McGraw-Hill Co NY, 2006.
2. Bardales del Aguila C. Proyecto observatorio de la salud. La salud en el Perú. Consorcio de investigación económica y social.
3. OPS. División de salud y desarrollo humano. Programa de políticas públicas y salud. Hoja resumen sobre desigualdades en salud. Febrero 2002. Perú.
4. Vidiella G. XII La justicia en salud. En Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos. F Luna y ALF Salles editores. Fondo de Cultura Económica de Argentina SA. México, 2008.
5. Cruceiro A. Los niveles de justicia sanitaria y la distribución de los recursos. An. Sist. Sanit. Navar., 2006; 29(3):61-74.
6. Gracia D. 3. La tradición política y el criterio de justicia: El bien de terceros. En Fundamentos de Bioética. EUDEMA SA. Madrid, 1989.
7. Hurst SA, Terrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowter A-M, Garret-Mayer E y Danis M. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. J Med Ethics, 2007; 33:51-57.
8. DuVal G, Clarridge B, Gensier G y Denis M. A National Survey of US Internist' Experience with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. J Gen Intern Med, 2004; 19:251-258.
9. Sogi C, Zavala S y Ortiz P. ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? Anales de la Facultad de Medicina, 2005; 66(2): 174-185.
10. Zavala S y Sogi C. Evaluación de la formación ética en internos de medicina 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Anales de la Facultad de Medicina 2007; 68(1):5-18.
11. Aiken LR. Three Coefficient for Analyzing the Reliability and Validity of Rating. Educational and Psychological Measurement, 1985; 45:131-142.
12. Cash R. Ethical issues in health workforce development. Bulletin of the World Health Organization, 2005;83: 280-284.
13. Burstin HR, Lipsitz SR, Brennan TA. Socioeconomic Status and Risk for Substandard Medical Care. JAMA, 1992;268: 2383-2387.
14. Hurst SA, Hull SCh, DuVal G y Dennis M. Physicians' Responses to Resource Constrains. Arch Intern Med, 2005; 165: 639-644.

CORRESPONDENCIA

Max Cárdenas Díaz

maxcdiaz@yahoo.es

Recibido: 04/07/10

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 01/08/10