



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER MONOGRÁFICO XIII CONGRESO MUNDIAL IAB

¿Qué hacer cuando un médico tiene problemas de salud que afectan su desempeño clínico?

What to do when a doctor presents health problems affecting his/her clinical function?

CLAUDE VERGÈS *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Claude Vergès. Pediatra-neumóloga. Presidenta de la Comisión de Bioética del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Profesora de Bioética, Universidad de Panamá. Vice-presidenta Redbioética - UNESCO. Panamá. E-mail: cverges2004@yahoo.es.

* Trabajo presentado en la sesión especial de la Red Iberoamericana de la International Association of Bioethics (IAB) celebrada en el XIII Congreso Mundial de Bioética de la IAB: "Individuos, intereses públicos y bienes públicos", en Edimburgo (Escocia), del 14 al 17 de junio de 2016.

Resumen

Al igual que cualquier persona, los médicos sufren de depresión que puede afectar su desempeño clínico y la seguridad de los pacientes. Para las autoridades institucionales estos problemas se traducen en un dilema entre los principios de no-discriminación y justicia hacia estos médicos y los de protección y no-maleficencia hacia los enfermos. A raíz de dos casos, los docentes de un hospital pediátrico se plantearon una serie de preguntas sobre la responsabilidad médica en esta situación, su posibilidad de estudiar medicina y las medidas a tomar; así como sobre la responsabilidad de los docentes y de los psiquiatras frente a estos médicos (confidencialidad) y a los pacientes representados por la institución. Se presentan los resultados de las entrevistas semi-abiertas realizadas con estos docentes. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la institución.

Palabras clave: depresión en médicos/as; protección del paciente; responsabilidad; ética docente y psiquiátrica.

Abstract

Like any person, doctors suffer from depression that may affect their clinical performance and patients' security. For institutional authorities these problems represent a dilemma between principles of non-discrimination and justice for them, and those of protection and non-maleficence for the patients. The first two cases in a pediatric hospital provoked the reflection of the clinical docents about medical responsibility in this situation, possibility to study medicine and measures to be taken; as well as docent and psychiatrics responsibility. The results of interview of these docents are presented. The research was approved by the Bioethics Research Committee of the institution.

Keywords: physicians; depression; protection of the patient; ethics responsibility of docents and psychiatrics.

1. Introducción

El desarrollo de la medicina hospitalaria ha traído consigo la especialización para responder a las exigencias cognoscitivas y de las habilidades propias de cada especialidad¹. El programa de residencia médica en Panamá es una combinación de todos los aspectos teóricos en el marco de una rotación clínica supervisada por todas las áreas de un hospital de tercer nivel y por los servicios de atención primaria relacionada con la especialidad, con cierta autonomía de decisiones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y progresiva en el tiempo. La metodología de aprendizaje empleada comprende la presentación oral de los casos de ingreso y de su evolución durante la evolución hospitalaria en pequeño grupo con el tutor clínico; y las revisiones bibliográficas de un tema, las auditorías clínicas y de mortalidad con el conjunto de residentes y docentes clínicos. Los parámetros de evaluación contienen los aspectos cognoscitivos, la lógica de razonamiento, el respeto de la confidencialidad (la identificación del paciente solo es permitida en el grupo reducido) y la evaluación de los aspectos psicológico-sociales del paciente y su familia.

Al igual que cualquier persona, los médicos pueden presentar cuadros depresivos, lo cual afecta su desempeño clínico. Los reglamentos universitarios ofrecen el marco administrativo para adaptar las condiciones del programa académico o que la persona elija una carrera apta a su capacidad funcional, en caso de discapacidad física o como consecuencia de una enfermedad crónica documentada por un certificado médico. Cuando este problema médico ocurre durante la residencia, es posible una licencia de enfermedad, permitiendo que la/el residente termine su entrenamiento más tarde y se ubique en una área que no afecte su salud y desempeño. Sin embargo, nada está previsto para la depresión y las enfermedades psicológicas. Esta situación trae consigo dos problemas: el reconocimiento tardío de las mismas, frecuentemente durante un episodio de agudización en el ambiente hospitalario, y la posible comisión de un error médico por la disminución de su capacidad de razonamiento y de reacción rápida y adecuada durante este episodio. Esta situación en el contexto de un hospital pediátrico, en el cual los enfermos tienen factores de vulnerabilidad severos o múltiples, crea problemas para las autoridades docentes y administrativas cuya obligación es la seguridad de las/los enfermos recluidos.

¹ En muchos países, esto ha traído a su vez una prolongación del periodo de estudio: seis años de carrera básica, más dos años de internado (entrenamiento clínico y servicio social), más tres a cinco años de especialización (residencia). Los programas contemplan una pasantía por las áreas críticas (cuidados intensivos, neonatología, urgencias, hemato-oncología) desde el primer año en forma escalonada y repetitiva. Se prevé un mes de vacaciones al final de cada año de residencia.

Los objetivos de este trabajo son de responder a las preguntas siguientes con el propósito de sistematizar las opiniones de las personas responsables de la docencia clínica en un hospital pediátrico:

1. ¿Cuál es la responsabilidad ética del /la residente cuando sus fallas de desempeño son producidas por depresión? Algunos consideran que las/los médicos tienen mayores obligaciones hacia las personas por su poder de curar o matar y que el problema es legal con respuestas en los Códigos Civil o Penal sobre imputabilidad. Otros consideran que las/los residentes no se distinguen de los demás aprendices y que es necesario tomar en cuenta el contexto particular de la formación clínica para la prevención de las faltas, así como su estado de funcionalidad al momento de la misma.
2. ¿Cuál es la obligación central de un/a docente clínico/a entre el deber de seguridad de los/las pacientes y el respeto de la privacidad de los/las residentes?
3. ¿Cómo considerar el deber de confidencialidad del médico psiquiatra y su deber de responsabilidad social?, ¿cómo abordar esta situación con la persona involucrada?, ¿cómo preservar la privacidad del residente que debe ser separado frente a sus colegas y como facilitar su reintegración si la misma es posible?
4. ¿Cuál es el rol de un comité de ética/bioética hospitalario?

2. Metodología

Siguiendo el método de la bioética narrativa, se presentan dos casos de médicos residentes (MR) con depresión que fueron presentados en el departamento de docencia. Los casos son reales y aunque fueron públicos, han sido descontextualizados (lugar y tiempo) y anonimizados. No fue posible localizar a uno de los involucrados y el otro dio su consentimiento. Estos casos fueron el punto de partida para la reflexión del comité de docencia de la institución sobre la formación de residentes y la responsabilidad institucional hacia ellos y hacia los pacientes. Por lo que se tomaron como ejemplo para realizar entrevistas semi-abiertas a personas claves del proceso de formación: el jefe de docencia (JD) de la institución, dos docentes de la Comisión de Docencia (CD) uno de los cuales participó en las decisiones tomadas para ellos, una docente encargada de la coordinación con la universidad (CA), la jefa de médicos residentes (JMR) y el psicólogo de la Clínica de Atención del hospital. (Psi) Todos aceptaron participar voluntariamente y firmaron un consentimiento luego de ser informados sobre la investigación, se les ofreció la opción de presentación anónima de sus respuestas (una sola persona lo solicitó) y ellos pudieron revisar sus

respuestas antes del análisis. Se realizó un análisis cualitativo desde la perspectiva de los derechos humanos, tomando en cuenta las leyes y los reglamentos de docencia vigentes en Panamá. La investigación se enmarca en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005) y en la Declaración de Helsinki (AMM 1964-2013). La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Investigación del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, el 4 de mayo 2016. Financiamiento personal.

3. Casos clínicos

1. Residente masculino en su segundo año de pediatría. Desde la mitad del segundo semestre sus compañeros observan que presta menos interés para sus obligaciones de atención y que tienen que completarlas, discuten directamente con él sin informar a su jefatura. En diciembre, durante un turno presencial en neonatología, no responde a los llamados de la enfermera para un prematuro que presenta empeoramiento de su estado, y se va de la sala al tercer llamado. Su compañero de turno resuelve la situación y le pide explicaciones sin recibir respuesta por lo que reporta al caso al JD. El residente involucrado es citado, no niega lo ocurrido pero no explica su actitud. El JD realiza una encuesta y se entera de los antecedentes recientes además de episodios de depresión durante la adolescencia y en la universidad. En una segunda entrevista, el MR acepta que había recibido tratamiento por depresión, pero que dejó de tomar los medicamentos y asistir a las citas de su psiquiatra desde hace cuatro años porque considero que no los necesitaba. Desde hace seis meses, se siente mal pero no quiso pedir ayuda. El JD decide darle vacaciones por adelantado, le recomienda asistir a psiquiatría, y le advierte que hubo una falta y que estará bajo vigilancia. Al cabo del mes, el psiquiatra tratante solicita otro mes de descanso y se otorga una licencia por enfermedad. Regresa con un informe verbal del psiquiatra de que es apto para continuar. Después de un mes, el residente nuevamente presenta síntomas de depresión a pesar de estar exento de turnos, y la atención que brinda es apenas conforme a las normas. Finalmente abandona un turno y el JD, de acuerdo con la comisión de docencia y el abogado de la institución, pide una evaluación oficial a psiquiatría y le suspende de sus labores. El psiquiatra pide seis meses de licencia por enfermedad los cuales se otorgan. Al cabo de seis meses el residente no regresa, sus compañeros se enteran que intentó suicidarse y que abandonó la medicina.
2. Una médica estaba cursando sus estudios en otro país, y luego de terminar la licenciatura inició la especialidad de pediatría. Se casó durante sus estudios, pero las relaciones se

complicaron y acabaron en un divorcio tormentoso. Ella se deprimió y necesito tratamiento medicamentoso y psicológico. Sus padres la trajeron de vuelta ofreciéndole su apoyo afectivo. Luego de cuatro meses su psiquiatra decidió que podía regresar a sus estudios como parte del tratamiento. La joven ingresa al hospital pediátrico docente e informa a las autoridades sobre su patología. A pesar de los ajustes de rotaciones, su rendimiento académico es irregular durante los seis primeros meses, mantiene buenas relaciones con los pacientes y sus madres, pero habla solo lo necesario con sus compañeros/as y jefes lo que le trae la hostilidad del grupo y ella considera abandonar la residencia. Con el apoyo de su médico tratante y de sus familiares ella logra superar estos episodios. Al terminar su residencia con éxito es nombrada en otro hospital pediátrico. En un ambiente que desconoce sus antecedentes y con mejor calidad de vida social, se estabiliza totalmente al punto que su psiquiatra le ofrece citas de control a demanda, y que su desempeño clínico es calificado como excelente por sus superiores.

4. Resultados de las entrevistas

4.1. Responsabilidad principal del cuerpo docente clínico

Las/los CD y la CA contestaron que su responsabilidad es hacia los niños por su vulnerabilidad y hacia los residentes por ser aprendices; el JD pone de primero a la seguridad del paciente; el psicólogo considera que debe ser hacia los MR porque son ejecutores del instructor acompañante y que el mismo proceso de aprendizaje clínico implica la protección de los niños; la JMR (residente de último año) insiste sobre la responsabilidad institucional hacia la protección de los niños y considera que los MR son adultos autónomos responsables de sus decisiones.

4.2. Salud mental de los/las residentes

El grupo de CD y CA, y la JMR consideran que es muy importante que la salud mental de todos las/los médicos/as candidatos/as a la residencia sea objeto de un diagnóstico honesto y responsable antes del ingreso y de un seguimiento apoyador durante la residencia porque tendrá que responder a continuas situaciones de estrés y asegurar la funcionalidad de la atención y el proceso de adaptación toma alrededor de seis meses. La CA insiste sobre la necesidad de un

ambiente institucional amigable con tiempos para compartir y para actividades lúdicas de descompresión.

El JD considera que “los problemas de salud mental son difícilmente detectables. Si aparecen durante la residencia, se puede prolongarla (licencia), pedir un certificado psiquiátrico para el regreso, y ajustar las rotaciones clínicas en lo posible”.

Tanto la CA como la JMR consideran que es un “tema controversial y complejo. Es necesaria una buena salud mental porque el objeto es el paciente y la funcionabilidad del sistema de salud.” Las enfermedades mentales deben tratarse como todas las demás enfermedades sin discriminación y la permanencia o no como médico(a) está ligada al control de la misma y a la funcionalidad del residente.

A su vez, la JMR considera que es necesario incorporar a un psiquiatra/psicólogo al jurado del examen de ingreso y al cuerpo docente del primer mes de inducción hospitalaria para la detección temprana de cualquier problema y su atención o separación; y contar con este especialista durante los primeros seis meses de adaptación a la responsabilidad hospitalaria (aun si está supervisado, el/la MR es el primero en tomar decisiones sobre un(a) paciente nuevo o en estado crítico como parte de su entrenamiento y por primera vez en su vida ya que hasta el momento era un estudiante sin responsabilidad médica y legal).

El psicólogo aclara que se debe separar las competencias para definir responsabilidad, “por ejemplo: la situación adictiva sin daño orgánico no anula la competencia como médico, pero se debe tener en cuenta las consecuencias psicosociales que impiden el desarrollo de estas funciones. Las fallas dependen de las competencias de la carrera: competencias blandas como capacidad de liderazgo, social, comunicación” y evitar la discriminación de las enfermedades mentales.

4.3. Acción frente a una falta médica por un médico con depresión

Todos coinciden en que se debe investigar todas las circunstancias del hecho antes de decidir una sanción por la comisión de docencia que incluya el comité de bioética clínica. Todos consideran que la depresión es una enfermedad, pero el CD insisten sobre la honestidad: “Si el MR estaba enfermo antes de ingresar debió señalarlo por honestidad y seguridad del paciente. Si el diagnóstico se dio en el hospital no debería ser responsable”, “El MR es responsable hacia sí mismo y hacia el paciente pero a mitad con su propio médico tratante que debe darle un seguimiento estricto y dar su visto bueno para trabajar como en el segundo caso”.

El psicólogo considera que “el dolo se debe investigar independientemente de su salud mental” y considera que “La medicina es la única carrera que combina ambas figuras. El problema es la dualidad del/la residente que es a la vez estudiante y médico idóneo, pero al ser la residencia un postgrado hay co-responsabilidad del/la residente y de su tutor(a)”. La JMR considera que “la enfermedad no debe ser motivo de separación. La separación debe darse por evaluación profesional”.

La CA informa que el Ministerio de Salud está trabajando sobre un Decreto Ejecutivo para una Comisión técnica intersectorial de seguridad del paciente y un observatorio en el MINSA y los hospitales. Se debe “documentar el problema de salud mental que afecta el desempeño del/la MR con un examen de las relaciones interpersonales con todos los miembros del equipo, y establecer la obligatoriedad de tratamiento y rehabilitación para reintegrarse como parte del derecho del paciente a una atención integral y la consciencia del cargo por el/la MR.”

El psicólogo señala que “la competencia clínica del psicólogo permite la neutralidad con pruebas validadas sobre perfil de personalidad.” estas deben hacer parte de la investigación del hecho para determinar la gravedad de la falta. Todos coinciden que en última instancia, la institución es responsable de la seguridad de los pacientes.

4.4. Responsabilidad de psiquiatría

Al considerar las enfermedades mentales con el mismo estatus que las demás enfermedades, el CD y la JMR coinciden en que la comisión o la jefatura de docencia deben conocer el diagnóstico para una buena supervisión/apoyo y la protección de los pacientes y que “El docente no puede asumir el rol del psiquiatra”. Es responsabilidad y competencia del psiquiatra clínico hacer el diagnóstico al ser una enfermedad como cualquier otra, tal como un cardiólogo diagnóstica hipertensión arterial. La atención por medicina forense implica una ruptura de confidencialidad”. Solo se buscaría a medicina forense si el dolo implica una acción legal.

4.5. Privacidad y confidencialidad hacia el/la residente

Todos consideran que hay un sesgo: siendo un hospital pequeño en el cual todo el mundo se conoce, la confidencialidad y la privacidad son parciales. Pero la JMR y los DC consideran que “Los/las MR son un grupo integrado que respeta al compañero. En general las autoridades docentes y administrativas son las últimas en enterarse de los problemas, cuando estos no pueden

ser resueltos entre pares”. Pero “la protección de la vida del paciente no permite una confidencialidad absoluta, más cuando es necesario un permiso de regreso”; “Hay un bien común de por medio: el paciente, del cual deriva la necesidad de dar un diagnóstico a la comisión de docencia. El manual de cargo del director incluye vigilar por la seguridad del paciente”. “Una manera de evitar la discriminación y de apoyarse entre residentes es a través de clases/talleres durante la inducción a la residencia, además del curso teórico existente y de la pasantía por el servicio de salud mental”.

El psicólogo considera que debe diferenciarse las funciones del psiquiatra tratante y las del psiquiatra forense: “El psiquiatra es un experto que emite opinión basada en una evaluación. Es el juez que toma la decisión. La evaluación psicológica común es confidencial. La evaluación pericial forense, al no ser un proceso terapéutico no hay ruptura de confidencialidad.”

4.6. Relaciones con el/la residente involucrado

La JMR y la CD consideran que es necesario hablar directamente con esta persona antes de seguir con las investigaciones pertinentes, porque iniciar una investigación directamente podría ser contraproducente. El JD considera que esta conversación debe involucrar a la comisión de docencia para documentarla.

La CA insiste en que “existen mecanismos de atención y prevención a través de una comisión para este tipo de situación. Pero es responsabilidad del JD dar una introducción sobre relaciones”. El psicólogo considera que se debe ser prudente y “el proceso de investigación debe ser transparente, tener las evidencias pensando en las demandas porque es una condición que no impide terminar la carrera. Para ello se debe tener un protocolo previo y manejo multidisciplinario incluyendo un abogado para la decisión final”. “En la inducción se debe dar un espacio para informar sobre la toma de decisiones, los documentos fuentes sobre las faltas y las normas, la información sobre estos procesos debe estar despersonalizada”.

5. Discusión

5.1. Seguridad del/la enfermo/a y responsabilidad médica

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) ha reiterado que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y que requiere un esfuerzo multidisciplinario de prevención de los eventos adversos relacionados con la práctica clínica, los productos, los procedimientos o el sistema. Esta posición está basada en la publicación del informe sobre las muertes por errores médicos en Estados Unidos por Kohn, Corrigan y Donaldson (1999), llevando al diseño de programas de seguridad en los hospitales que favorecen la organización de los servicios (Fermariello 2016). Estos programas han sido desarrollados en Centro-América desde los años 2010, pero, formados desde la universidad en la idea que los mejores médicos/as tienen los mejores conocimientos y habilidades para “no hacer daño” y “hacer el bien” de los/las enfermos/as (Slavin 2016), tanto los/las docentes como los/las residentes focalizaron su empeño en mejorar su intervención en clínica, delegando las demás medidas a otro personal de salud.

Los hospitales pediátricos en Panamá han permitido la presencia permanente de la madre o un familiar cercano durante las 24 horas desde los años ochenta, siguiendo la iniciativa del Hospital del Niño. Esta presencia ha permitido reforzar la seguridad en las salas de hospitalización, pero la comisión de docencia ha observado dos posiciones por parte de los/las médicos/as: una posición defensiva con la prohibición a los/las MR de actuar sin su visto bueno en todos los casos o al contrario una delegación de la responsabilidad a la madre cuidadora. Por otra parte, el acento puesto por las administraciones sanitarias sobre la legalidad de los actos sanitarios, ha relegado la reflexión sobre la relación clínica a un segundo plano y el proceso de consentimiento informado se ha transformado en un acto administrativo legal, aumentando el miedo de los médicos residentes. Por todas estas razones, los docentes entrevistados consideran que no se puede dejar de lado la responsabilidad individual del residente como resultado de un proceso de reflexión frente a sus obligaciones.

Al mismo tiempo, la formación del cuerpo clínico docente en educación superior y su práctica tutorial le permite entender las dificultades de las/los residentes como se observa en sus respuestas sobre la posibilidad de flexibilizar el desarrollo del programa curricular.

A su vez, las/los residentes están atrapados entre sus múltiples responsabilidades: paciente y su familia, tutor(a) y sub-especialistas. Además deben cumplir con el plan de aprendizaje teórico, tomando en cuenta el tiempo otorgado para cada una de ellas (Hospital del Niño, 2015). El enfoque

de calidad exige un alto nivel de cumplimiento de las tareas asignadas y la falta de conocimientos y/o de habilidades es asimilada a una incapacidad y una falta de responsabilidad para ser un buen médico (caso dos). Frente a estas expectativas, las/los residentes ponen a su salud en segundo lugar negando su depresión (caso 1), hasta que los problemas rebasan su capacidad de adaptación (AdamedTV, 2016). Esto lo llevara a cometer errores e incumplir sus funciones llegando a poner en peligro a sus pacientes con daños irreversibles (Conquero, 2015). Frente esta posibilidad, el CD insiste sobre la responsabilidad individual para la seguridad del/la paciente y la calidad de la atención. Los/las residentes están sometidos a los reglamentos administrativos institucionales además de los reglamentos docentes. Éstos se refieren únicamente al desempeño académico y a los deberes y derechos como “estudiante/aprendiz”, con enfoque en la responsabilidad individual, aun cuando permite una adaptación del programa académico-clínico por motivos de enfermedad y dentro de unos límites aceptados por la universidad, el hospital-docente y los gremios médicos como apunta el JD. Pero los reglamentos administrativos están basados en la relación contractual entre el/la residente y la institución, lo cual limita la organización docente (JD).

5.2. Salud mental y funcionalidad

La OMS (2016) define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” Las dificultades de diagnóstico, de comunicación con familiares y colegas, de confrontar la muerte de un(a) niño/a, representan diferentes grados de estrés durante la residencia, que deben ser “superados” para seguir adelante como recuerda la JMR. No hay ningún curso del *pensum* académico en Panamá que incluya estos temas y el aprendizaje se hace durante las rotaciones clínicas a través de la cultura de las instituciones y de los grupos (DeCamp 2016). El estado base de la salud mental del/la MR favorecerá un proceso más o menos rápido de este aprendizaje. Solo recientemente se han introducido seminarios sobre “humanización” de la atención en los cuales participaron el CD, y en los cuales se abordan temas como resiliencia y empatía, comunicación e información. Sin embargo, no se ha evaluado el impacto de estos cursos sobre el programa de enseñanza-aprendizaje ni sobre la salud mental de los residentes.

Para la OMS (2016), la depresión es un trastorno mental y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. El paciente con depresión presenta pérdida de interés y falta de concentración. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana, hasta el suicidio

(caso 1). Sin embargo, la depresión puede ser tratada eficazmente si se tiene en cuenta los factores psicosociales de riesgo, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos (caso 2). Por ello, todos las/los entrevistados consideran que el diagnóstico psiquiátrico de funcionalidad es esencial.

La prevalencia de la depresión o de síntomas depresivos entre los médicos residentes del mundo varía entre 20,9% y 43,2%, o sea casi el doble de la población general (Macpherson 2015) y las ideas suicidas se encuentran en cerca de 11% de los estudiantes de medicina (Rotenstein 2016). En este hospital, los casos presentados constituyeron la primera experiencia de intervención del equipo docente y representaron una señal de alarma para el mismo.

El concurso de ingreso a la universidad y luego a la residencia exige la presentación de un certificado de buena salud mental y física. El propio candidato a la residencia puede negar su patología debido al desconocimiento de sus consecuencias o al miedo de ser rechazado porque su experiencia académica y clínica como estudiante le enseñó que la depresión se asocia a la falta de excelencia (Ansoleaga, 2015) tal como expresa el CD entrevistado. La solicitud de un examen y seguimiento psicológico durante los primeros meses de la residencia, así como el derecho a la información de los responsables docentes, propuesto por todos los entrevistados refleja su preocupación.

Pero el psicólogo institucional se muestra muy celoso de la confidencialidad de la relación clínica y admite una ruptura de esta confidencialidad solo cuando se trata de medicina forense por las obligaciones legales de sus funciones. La posición del CD puede tener varias explicaciones: —la responsabilidad hacia la población vulnerable que atiende— el paternalismo/maternalismo hacia los/las residentes y la presión externa que vigila la seguridad de las/los pacientes con una cultura de culpabilidad que afecta a los menos experimentados (Feldman L. y col.) —el Juramento Hipocrático que pone la prioridad sobre la no-maleficencia hacia las/los pacientes.

La solidaridad nacida de problemas comunes, favorece la aceptación de los/las colegas con problemas, como reportó la JMR. Además, los hospitales pediátricos en Panamá han tenido una visión de salud integral desde los años setenta alrededor de la niñez y su familia, y las respuestas del CD revela que aplica esta visión a las/los residentes de la misma manera que lo hace para los/las pacientes; esto concuerda con la recomendación de la AMM en 2015 sobre el bienestar del médico para “prevenir o tratar las enfermedades crónicas que sufren los médicos”. Esta solidaridad efectiva puede ayudar al residente a superar su dificultad de relaciones con las demás personas (en primer lugar con su familia que puede estar al origen o parte importante de esta depresión), pero también con sus compañeras/os (casos 1 y 2) tal como señala la JMR.

Hay muchos estudios sobre el agotamiento (“burn out”) del personal sanitario y su repercusión sobre su salud y desempeño: la funcionalidad se pierde porque el/la médico/a pierde su capacidad de actuar como tal. La depresión ha sido menos estudiada porque la psiquiatría es considerada como una ciencia “suave” (Slavin 2016) o que la discapacidad provocada depende de las interpretaciones culturales condicionadas por los valores, el contexto, el lugar y el tiempo socio-histórico (Egea García, 2001). La Clasificación de la OMS (DSM-IV) define varios estados de discapacidad correspondientes a su funcionalidad, los cuales son importantes para objetivar la conducta de los/las residentes con depresión: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un(a) residente (Feldman y col, 2008). Las respuestas de los/las entrevistados revelan que comparten esta visión desde una evaluación de la relación riesgos-beneficios, y por lo tanto no consideran adecuado que una persona con depresión no tratada y no controlada estudie medicina y menos pediatría.

Los Programas de Salud Médica han sido desarrollados en hospitales de Estados Unidos desde 1970, para responder temprano, facilitar el tratamiento u ofrecer seguimiento a los problemas de agotamiento o de uso de medicamentos/drogas; la persona afectada firma un contrato que permite informar a su familia y sus empleadores de su participación en el programa cuando su salud/vida está en peligro; otros programas han privilegiado la tutoría personalizada (Baker y Sen, 2016)). En España, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) considera que es un deber ético de “inducir” la voluntariedad (como en nuestro primer caso) y la denuncia formal cuando el médico no brinda la información sobre su patología y pone así en peligro a los pacientes, (Artículo 22 del Código de Deontología Médica Español, Buenas Prácticas del Colegio Médico de Barcelona 2006). El Código de Ética del Colegio Médico de Panamá (2011), dictamina que las/los médicos tienen la responsabilidad personal de reconocer su enfermedad o dificultades para trabajar de manera eficaz y solicitar atención (Artículo 70), o de aceptar la recomendación de un(a) colega de hacerlo y que el Colegio Médico sea informado porque “El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario.” (Artículo 71). La Comisión de Docencia actuó en este marco en ambos casos y todos las/los entrevistados mostraron su acuerdo con estos planteamientos en sus respuestas.

5.3. Confidencialidad y privacidad

Los prejuicios sociales hacia las enfermedades mentales y la intromisión de los medios de comunicación en la vida privada de personas públicas en años recientes, puede ser una de las

razones por las cuales el primer residente “borro” su enfermedad de sus pensamientos. Sin embargo, la comisión de docencia ha promovido la enseñanza de la ética médica en el hospital y todos los entrevistados y en particular el psicólogo aseguraron que la confidencialidad y la privacidad son valores esenciales de la relación clínica y que se aplican a las/los médicos como enfermos, reflejando una directiva de la Asociación Médica Mundial de 2015: “Los médicos que evalúan y tratan a sus colegas no deben informar sobre ningún aspecto de la atención médico-paciente de ninguna manera, al igual que para sus pacientes que no son médicos.” Al mismo tiempo, el CD considera que el informe de funcionalidad de las/los residentes a su cargo, no viola este principio porque esta información se da entre colegas y es necesaria para la seguridad de todos. El programa de Salud Mental de la Universidad de Michigan delega a algunos psiquiatras la evaluación inicial de los residentes sin consignarla en su expediente clínico, con tratamiento fuera de la institución si fuera necesario, asegurando así la confidencialidad y privacidad (Baker y Sen 2016). En ambos casos presentados los psiquiatras tratantes no pertenecían al hospital y solo otorgaron un certificado de funcionalidad para la residencia y recomendaciones de protección del propio residente. Los docentes entrevistados no piden más y consideran que esta responsabilidad le compete a los psiquiatras y no a ellos.

5.4. Responsabilidad institucional

En este hospital pediátrico las actividades lúdicas para las y los pacientes incorporan al personal de salud y le ofrecen momentos de descanso y relajamiento. Los programas académicos han integrado tiempos de descanso post-turnos y horarios más corto (Ministerio de Salud, 2011). Pero las exigencias de un comportamiento honesto y responsable de las y los residentes no ha disminuido (Malouf, 2014), como lo subrayan nuestras entrevistas y como se ejemplariza en el segundo caso. Todos los docentes consideran que la responsabilidad institucional es hacia los/las pacientes; cuando existe un diagnóstico de depresión, el/la residente se transforma en enfermo/a y la responsabilidad institucional es de considerarlo como tal, ofreciéndole las garantías reconocidas (entrevistas).

Los programas de promoción de la salud mental hacen hincapié en la transformación del ambiente institucional y la organización del trabajo, y presentan a las personas afectadas como “víctimas” de un ambiente poco amistoso o con sobrecarga de trabajo individual. La cultura de “ausencia total de estrés” no favorece el proceso de madurez y responsabilidad necesario, si bien ha permitido mejorar la responsabilidad institucional. El rol del comité de bioética institucional es de provocar las discusiones sobre todos los aspectos de la relación clínica y del proceso de

aprendizaje de los médicos y otras especialidades de salud. Así mismo participar en las decisiones de la comisión de docencia para que sea las más justas posibles

6. Conclusiones y propuestas

Los derechos humanos y los valores de libertad, justicia social y dignidad de las personas, son esenciales para el desarrollo humano. En este marco es importante reconocer los factores de vulnerabilidad de los propios médicos para el desarrollo de más investigaciones y así tomar medidas de protección de todos los actores de la relación clínica. El cuerpo docente clínico debe utilizar su sensibilidad médica para detectar algún problema de salud de los médicos en formación de manera temprana. El cuerpo docente entrevistado en un hospital pediátrico universitario de Panamá conviene que es necesario evitar el desarrollo de depresión con: adaptación del programa de enseñanza y de pasantías clínicas y de los turnos, tutoría personalizada, ambiente amigable y apoyo de una clínica institucional. Estas medidas responden a la primacía de la seguridad de las/los niños hospitalizados. En este marco consideran que la pediatría exige un alto sentido de auto-responsabilidad y funcionalidad, que la depresión puede anular por lo que aceptar un(a) residente con depresión es riesgoso y demanda información de su estado y supervisión. Será necesario realizar más investigaciones sobre la salud mental de los médicos residentes antes, durante y al terminar su formación, así como sobre los factores protectores y los agravantes y el impacto de las medidas desarrolladas. Esto es especialmente relevante dada la limitación a dos casos de este estudio, por lo que ampliar el tamaño de la muestra será un requisito indispensable para obtener resultados más significativos en esos futuros estudios e investigaciones.

Los dos primeros casos de médicos con depresión obligaron a la comisión de docencia a investigar sobre el tema y a repensar la organización académica de la residencia tomando en cuenta las prioridades del sistema de salud y las aspiraciones de las/los residentes:

- ◆ Considerando los cambios sociales que influyen sobre el desempeño de los residentes, los encargados de docencia deben estar atentos a toda nueva situación sin esperar que se acumulen casos similares, para estudiar estos problemas.
- ◆ Considerando el derecho humano a la seguridad de la atención de salud, es necesario realizar investigaciones sobre las posibilidades y los límites de la inserción de personas con discapacidad emocional/de salud mental en las carreras de salud según el perfil de funciones de cada una de estas.

- ◆ La información sobre los problemas psicológicos que pueden desarrollar los estudiantes de medicina frente a situaciones de estrés a veces sin tiempo de recuperación, debería hacer parte de la orientación al momento de elegir esta carrera y nuevamente antes de concursar para una residencia. Esta evaluación le permitiría “conocerse a sí mismo/a” y los límites de sus capacidades; paralelamente crear cursos o seminarios sobre los aspectos positivos y negativos de las diferentes especialidades médicas para que la elección sea debidamente razonada (similar al proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos o las investigaciones).
- ◆ La educación médica debe tomar en cuenta las influencias de los determinantes de la salud sobre el proceso de salud-enfermedad. Por lo tanto, la residencia debe ser diseñada diferenciando la formación de especialistas hospitalarios de la atención primaria. En este segundo caso, la pasantía hospitalaria debe ser más corta y dirigida hacia el conocimiento de las medidas de atención de urgencia y de las posibles complicaciones de una atención inapropiada en el primer nivel.

Bibliografía

- ◆ ADAMEDTV, 2016, “Cuando los pacientes con enfermedades mentales son profesionales médicos” 25 enero, 2016 <http://www.adamedtv.com/trastornos-mentales/cuando-los-pacientes-con-enfermedades-mentales-son-profesionales-medicos/>.
- ◆ ANSOLEAGA, E., “Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público”. Rev. méd. Chile [online]. 2015, vol.143, n.1 [citado 2016-10-07], pp.47-55. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000100006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006.
- ◆ ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PANAMÁ, “Decreto Ejecutivo 119 Del reglamento general de los médicos internos y residentes”, Gaceta Oficial 24816, 08-06-2003, República de Panamá, http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/de_119-de-2003-_reglamento_med_res_e_internos.pdf.
- ◆ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, “Declaración sobre el Bienestar de los Médicos”, 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, octubre 2015, <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p9/>.

- ◆ BAKER K., SEN, S., "Healing Medicine's Future: Prioritizing Physician Trainee Mental Health", *AMA Journal of Ethics, Medical Education, Estados Unidos*, June 2016, Volume 18, Number 6: 604-613, 2016, www.amajournalofethics.org.
- ◆ COLEGIO MÉDICO DE BARCELONA, "Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l'hepatitis B o C", Segona edició del Quaderns de la Bona Praxi, núm.7, 2006.
- ◆ COLEGIO MÉDICO DE PANAMÁ, "Código de ética del Colegio Medico de Panamá 2011", Panamá, <http://www.colegiomedicopanama.com/es/código-de-ética>.
- ◆ CONQUERO, B. V., "Los problemas de salud mental aumentan entre los médicos jóvenes", *La razón*, 15 de abril de 2015. <http://www.larazon.es/atusalud/los-problemas-de-salud-mental-aumentan-entre-los-medicos-jovenes-HF9456108?sky=Sky-Mayo-2016#Ttt119YPfmplignV>.
- ◆ DECAMP M., RIGGS K.R., "Navigating Ethical Tensions in High-Value Care Education", *JAMA*, 2016;316(21):2189, doi:10.1001/jama.2016.17488. <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70n4-4yhd82p8/>.
- ◆ EGEA GARCÍA, C., SARABIA SÁNCHEZ, A., "Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad", *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 2001 número 50, p 15-30, 2001, ISSN: 1696-0998 Murcia, España, www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf.
- ◆ FELDMAN, L., GONCALVES, L, CHACÓN-PUIGNAU, G., ZARAGOZA, J., BAGÉS, N, DE PABLO, J., "Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos", *Univ. Psychol*, vol. 7, no. 3, p. 739-751, Bogotá Sep. / Dec. 2008.
- ◆ EDITORIAL, "Patient safety is not a luxury", *The Lancet*, Volume 387, No. 10024, p1133, 19 March 2016, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30003-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30003-4).
- ◆ HORTON, R., "Offline: The rule of law—an invisible determinant of health", *The Lancet*, p 1260, www.thelancet.com, Vol 387, No 10025, p 1260, March 2016, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30061-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30061-7).
- ◆ HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL, "Programa de residencia de pediatría" <http://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2016/07/Programa-universitario-de-residencia-de-pediatria.pdf>.
- ◆ KOHN, L. T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S., Editors, "To Err is Human: Building A Safer Health System", Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

Health and Medicine Division, The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine, Washington, 1999 DOI: 10.17226/9728 <http://www.nap.edu/download/9728>.

- ◆ MACPHERSON, A., “El 30% de residentes deprimidos”, *La Vanguardia*, 28/12/2015 <http://www.lavanguardia.com/vida/20151228/301066447471/30-medicos-residentes-deprimidos.html>.
- ◆ MALOUF, W., “Winning Essay Redefining Professionalism in an Era of Residency Work-Hour Limitations”, *AMA Journal of Ethics*. Estados Unidos, February 2015, Volume 17, Number 2: p 124-128. CONLEY ESSAY CONTEST <http://journalofethics.ama-assn.org/2015/02/conl1-1502.html>.
- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, “Seguridad del paciente”, 2004, <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, “Determinantes Sociales de la Salud”, 28 ago 2008, www.who.int/social_determinants/final.../csdh_report_wrs_es.pdf.
- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, “Salud mental: un estado de bienestar”, 2016, www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, “Trastornos mentales”, Nota descriptiva N°396, Abril de 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
- ◆ ROTENSTEIN, L.S., RAMOS, M.A., MPHIL, TORRE M., “Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *JAMA*, 2016;316(21):2214, doi:10.1001/jama.2016.17324, <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70nc-4yhd82p5/>.
- ◆ SLAVIN S.J., “Editorial: Medical Student Mental Health”, *JAMA*, 2016;316(21):2195, doi:10.1001/jama.2016.16396, <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70nf-4yhd82p8/>.
- ◆ WASSON L.T., WASSON, M.D., M.P.H., AMBERLE CUSMANO, M.A., LAURA MELI, M.S., Ed., et al., “Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review”, *JAMA*, 2016;316(21):2237, doi:10.1001/jama.2016.17573, <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70ne-4yhd82p7/>.

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2016

Fecha de aceptación: 20 de abril de 2017