



SABERES VIRTUALES: PERSPECTIVA MÉDICA DESDE MÚLTIPLES

DIMENSIONES

TOMO III

Autoridades Rectorales:	CONTENIDO	
Rector	Presentación	3
Dr. Raúl López Sayago		
Vicerrectorado de Docencia	1. Funcionamiento del Comité de Bioética. Caso Hospital Pediátrico Niño Jesús. Ana María Urdaneta de Romero y César Romero	7
Dra. Doris Pérez		
Vicerrectorado de Investigación y Posgrado	2. La Eutanasia: Un tema de debate en Venezuela. Ángelo Lanza y Aida Castillo Barrios	22
Dra. Moraima Esteves		
Vicerrectorado de Extensión	3. Lifting Subcutáneo cerrado no quirúrgico con suturas de polipropileno. Arcadio Villegas Yépez	32
Dra. María Teresa Centeno		
Secretaría	4. Guía Teórico Práctico para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo dirigida a estudiantes del quinto semestre de fisioterapia de la Universidad Arturo Michelena. Daycar Cariño Barreto Ramos	44
Dra. Nilva Liuval de Tovar		
Autoridades del Instituto Pedagógico "Rafael Alberto Escobar Lara" Maracay	5. La psiquis del Privado de Libertad. Elementos endógenos y exógenos. Karol Nazareth Vieira y Fidel Octavio Vieira	52
Decano	6. Guía práctica para el uso de consentimiento informado dirigido al personal de salud del Estado Yaracuy. Pedro Hernández	61
Dr. Eladio Gideón		
Subdirección de Docencia	7. Dispraxis médica en el Derecho Comparado. Caso Venezuela y Argentina. Ramón Rojas y Emilia	
Dra. Liliana Peña		
Subdirección de Investigación y Posgrado		
Dra. Francisca Fumero		
Subdirección de Extensión		
Dr. Evelio Blanco		
Secretaría		
Dr. Ernesto Rodríguez		
Dirección del proyecto:		
Dra. Francisca Fumero.		

Compiladores:

Dra. Francisca Fumero.
Dra. Rosandy Espín.
Dr. Jorge Maldonado.

Árbitros:

Dra. Fátima Baptista.
Dr. José Servelión Graterol.
Dra. Luisa Martínez.
Dr. Jonny Fuentes.
Dra. Xiomara Tovar.
Dra. Velsy Méndez.
Dr. Ángel Carruido.
Dra. Naendry Pinto.

Dirección General

Instituto Pedagógico “Rafael Alberto Escobar Lara”.

Subdirección de Investigación y Posgrado.

Dra. Ingrid Camacho.

Redacción y Estilo

Dra. Francisca Fumero.
Dra. Naendry Pinto.
Mg. Alexandra Bolívar.

Diseño

Dra. Ingrid Camacho.
Dra. Francisca Fumero.

Ediciones

Subdirección de Investigación y Posgrado.

Instituto Pedagógico “Rafael Alberto Escobar Lara”.

Coordinación de Promoción y Difusión.

Depósito Legal: AR2018000063

ISBN: 978-980-7335-53-9

Lugo	69
8. Implicaciones bioéticas y jurídicas para la toma de decisiones en pacientes inhábiles en las Emergencias. Orly María Laguna de Martínez	73
9. Evaluación del llenado de certificaciones de certificados de Defunción: Red hospitalaria del Eje occidental Carabobo. Mirian Chirivella	90
10. La medicina estética, antienvjecimiento, cirugía estética y cosmetológica en Venezuela. Abordaje para su reglamentación. Julio Calderón	103
11. ¿Es la Eutanasia una práctica sujeta a la voluntad de Dios? Gabriela Rodríguez	112
12. Venezuela y las Actuaciones en el Marco Legal Vigente. Julio Calderón	124
ARTICULISTAS	144

PRESENTACIÓN

El presente volumen contiene los trabajos de investigación desarrollados por distinguidos profesionales que, desde diversos abordajes metodológicos y considerando diferentes tópicos, construyen saberes innovadores que tienen relación con ciencias de la salud y su aporte a una mejor calidad de vida.

Se comienza con un estudio muy importante para los tiempos actuales: La Bioética. Urdaneta de Romero y Romero (2017) trabajan el tema desde la influencia y trabajo que deben ejercer los comités de bioética. Estos son grupos multidisciplinarios que, por una parte, ejecutan la función fundamental de hacer frente a los dilemas éticos que hoy presenta el ejercicio de la medicina; y, por otra parte, de velar por el correcto cumplimiento de una serie de normas que tienden a la protección de los seres vivos sujetos a estudios experimentales.

Barreto Ramos (2017) tuvo como objetivo de su estudio elaborar como propuesta una guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo dirigida a estudiantes del quinto semestre de fisioterapia de la Universidad Arturo Michelena. Apoyándose en la metodología descriptiva del paradigma positivista trabajó con una muestra de 12 estudiantes universitarios a quienes les aplicó la técnica tipo diccionario dicotómico para la recolección de los datos que luego interpretó estadísticamente. En relación al tema del consentimiento informado, Hernández (2017) estudió el diseño de una guía práctica dirigida al personal de salud del Estado Yaracuy. El estudio cuantitativo se realizó mediante una investigación de campo de carácter descriptivo en la modalidad proyecto factible. Los datos de este trabajo aportaron mediante una muestra representativa de 25 sujetos profesionales de la salud de una población de 3.200 médicos que laboran en el Estado Yaracuy; ésta se recolectó a través de la aplicación de técnicas como la observación directa; así mismo el instrumento aplicado fue el cuestionario con varias alternativas y una vez recolectada la información se analizó y tabuló. La tabulación se representó en cuadros y graficas de frecuencias. El investigador evidenció que tanto el personal de salud como los pacientes están en la mejor disposición para entablar mejores relaciones interpersonales en cuanto al consentimiento informado, las cuales serían orientadas por el médico y a través de la elaboración de la guía. Se espera que los médicos tomen conciencia sobre la necesidad,

aplicabilidad y utilidad del consentimiento informado y las responsabilidades civiles, penales y éticas de no utilizarlo.

La evaluación del llenado de certificados de defunción de la red hospitalaria del eje occidental Carabobo es el estudio de campo realizado por Chirivella (2017) quien describió el grado de conocimiento que tienen los galenos y estudiantes de medicina para el apropiado manejo de este instrumento. La autora observó directamente en el registro civil 330 certificados de defunción y en una segunda fase aplicó un instrumento a 90 médicos para indagar sobre la información al respecto. La autora concluye que en el pensum de formación de pregrado los médicos no han recibido la formación pertinente para el trabajo con un documento tan importante como el certificado de defunción que tiene implicaciones legales determinantes. Por su parte, Rodríguez (2017) ejecutó un análisis sobre un tema controversial tanto desde la perspectiva médica como de la religiosa; se trata de un contraste entre la eutanasia como práctica sujeta a la voluntad humana o a la voluntad de Dios. El autor precisó el origen histórico de la eutanasia y su polisemia en la actualidad porque depende de la interpretación que se efectuó al involucrar factores éticos, morales, sociales, religiosos, jurídicos y políticos. El estudio documental se concibe como un motivador de la reflexión a la hora de tomar una decisión que significa el fin de la existencia de un ser.

Aludiendo igualmente a la temática de la eutanasia, Lanza y Castillo Barrios (2017) considera que la muerte siempre se ha tratado con mística, y el hecho de inducirla, para evitar sufrimientos corporales insoportables, genera debates polémicos de toda índole. De los aportes y discusiones sobre este tema, algunos países europeos lograron incorporar en su legislación a la eutanasia, ofreciendo así alternativas legales a los pacientes con enfermedades en fase terminal; esto influenció a otras sociedades para su análisis. El trabajo de Lanza y Castillo Barrios (ob.cit.) refleja el resultado de una investigación documental donde a través de los textos y documentos médicos se identificaron los países que permiten legalmente la eutanasia y la frecuencia de su práctica, y evaluar la factibilidad de su aplicación en Venezuela. El autor profundizó en cuatro tópicos sobre la eutanasia: legalidad e impacto social en países permitidos, los derechos humanos ante la eutanasia, argumentos a favor o en contra y el discernimiento del tema en Venezuela para su inclusión en la normativa legal. Se concluye que el tema de la eutanasia tiene posiciones muy

contrapuestas y ello hace necesario conocer y comprender los variados paradigmas. A la vez se recomienda incluir a la eutanasia y otras adopciones, como el suicidio asistido y testamento vital, a los currículos de las facultades de medicina y derecho de Venezuela, y a su vez difundirlo a todos los estratos sociales del país ya que son aspectos de sumo interés para nuestra sociedad.

En otra perspectiva Villegas (2017) efectuó una experiencia clínica sobre el lifting subcutáneo cerrado no quirúrgico con suturas de polipropileno. La técnica personal desarrollada por el autor en 30 minutos, sin cirugía ni dolor, y mediante 4-5 puntos de anclaje con suturas de polipropileno contribuye al rápido logro de rejuvenecimiento facial sin cicatrices. El estudio se efectuó con una población de 55 pacientes de varios centros hospitalarios y los resultados fueron de un cambio notorio desde el postoperatorio inmediato, caracterizado por el lifting de las sienes, las cejas, las mejillas y los tejidos blandos de las regiones paramaxilares.

Por su parte, Rojas y Lugo (2014) trabajó sobre el tema de la salud como un derecho, no un privilegio. La medicina, además de un saber y de ser un arte es fundamentalmente, una función social básica. La conciencia con la cual el médico ejerce su arte, crea la nobleza a esta profesión. A partir de los años 60 se comenzó a usar el término Malpraxis haciendo referencia a acontecimientos en las que el médico es acusado de no atender eficazmente al paciente. El médico está obligado a estar preparado profesionalmente al mejor nivel; pues, su actividad se centra en favorecer la vida de los pacientes y para ello debe contar con la mejor preparación. El trabajo de Rojas y Lugo (ob.cit.) tuvo por objetivo establecer un estudio comparativo del ordenamiento jurídico sobre la dispraxis médica entre Argentina y Venezuela, durante el año 2014, a través de un diseño documental. Se emplea la variable independiente referida al estudio investigativo y comparativo de la mala práctica médica y la variable dependiente para reducir la impunidad. Los autores concluyen que se desprende en el análisis que Argentina, Ecuador y Venezuela no cuentan con marco jurídico para sancionar la dispraxis médica. Sin embargo, el marco jurídico sanciona este delito de una forma general. No obstante, España cuenta con un sistema jurídico que sanciona la dispraxis médica y Chile en el art 491 del código penal sanciona la negligencia médica, más no así la dispraxis médica. Se recomienda buscar estrategias para alcanzar la excelencia en la calidad asistencial.

Otro artículo es el presentado por Calderón (2017). El autor expresa que la medicina estética es la práctica médica preventiva y curativa que se realiza en las personas para mejorar su apariencia física a consecuencias de los estragos del organismo por el tiempo, hábito alimenticio, expresiones, trabajo, accidentes o enfermedades que han dejado secuelas en el rostro o su cuerpo. No obstante, en Venezuela no se ha reglamentado el “uso” de la medicina estética. Calderón (Op.cit.) presenta una serie de argumentos que asume con la idea de evitar en la medicina estética como un hecho fortuito.

Por su parte Rodríguez (2017) escribe sobre un tema polémico en nuestra sociedad. La Eutanasia. Este tema es asumido desde la perspectiva bíblica y jurídica de la sociedad. Existe una reflexión muy bien escrita que deja abierta la posibilidad de argumentos donde el lector pensará si esta decisión de la Eutanasia es de origen divino o jurídico

En fin, este tomo resulta relevante no solo desde el marco jurídico y médico, sino también como aliciente a muchas personas que desconocen muchos conceptos que deben aplicarse en la cotidianidad de todo ser como paciente ante una dificultad médica.

FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA.CASO HOSPITAL PEDIÁTRICO NIÑO JESUS

**Autores: Ana María Urdaneta de Romero
Cesar Romero**

RESUMEN

Los comités de bioética son grupos multidisciplinarios cuya función fundamental es la de hacer frente a los dilemas éticos que hoy presenta el ejercicio de la medicina, y, por otra parte, de velar por el correcto cumplimiento de una serie de normas que tienden a la protección de los seres vivos sujetos a estudios experimentales. El presente trabajo de investigación tiene por objetivo analizar el funcionamiento del comité de bioética para el Hospital Pediátrico Niño Jesús, estudio que se realiza a partir de la realidad que transcurre diariamente, ya que desde el corto tiempo de puesta en funcionamiento de este centro médico se suscitan continuamente dilemas éticos en la planificación de la conducta a seguir y en el tratamiento de los niños que son llevados a este centro asistencial. La metodología de investigación utilizada fue la documental argumentativa. Se concluye que el Hospital Pediátrico Niño Jesús es una institución de alta complejidad con una gran área de influencia que debería contar con un Comité de Bioética formalmente constituido con su autonomía requerida y con todas las partes que viven en el ambiente hospitalario debidamente representados. Se recomienda que otros investigadores realicen una propuesta de estructuración de un Comité de Bioética para el Hospital Pediátrico Niño Jesús.

Palabras clave: Dilemas Éticos, Comité, Bioética.

ABSTRACT

The bioethics committees are multidisciplinary groups whose fundamental function is to face the ethical dilemmas that today presents the practice of medicine, and on the other hand, to ensure the correct compliance with a series of rules that tend to the protection of Living beings subject to experimental studies. This research aims to analyze the functioning of the bioethics committee for the Pediatric Child Jesus Hospital, a study that is carried out based on the daily reality, since from the short time of putting this medical center into operation Continually provoke ethical dilemmas in the planning of the conduct to be followed and in the treatment of children who are taken to this care center. The research methodology used was the argumentative documentary. It is concluded that the Pediatric Child Jesus Hospital is an institution of high complexity with a large area of influence that should have a Bioethics Committee formally constituted with its required autonomy and with all the parts that live in the hospital environment properly represented. It is recommended that other researchers make a proposal for structuring a Bioethics Committee for the Child Jesus Pediatric Hospital.

Keywords: Ethical Dilemmas, committee, bioethics.

INTRODUCCION

Los comités de bioética son grupos multidisciplinarios cuya función fundamental es la de hacer frente a los dilemas éticos que hoy día presenta el ejercicio de la medicina, y por la otra, de velar por el correcto cumplimiento de una serie de normas que tienden a la protección de los seres vivos sujetos a estudios experimentales. El presente trabajo de investigación sobre el funcionamiento de un comité de bioética para el Hospital Pediátrico Niño Jesús se realiza a partir de la realidad que transcurre diariamente, ya que desde el corto tiempo de la puesta en marcha de este centro médico se suscitan continuamente dilemas éticos en la planificación de la conducta a seguir y en el tratamiento de los niños que son llevados a este centro asistencial, es por ello que debe revisarse la forma en que son solventados estos problemas y quienes son las personas que toman las decisiones. Para ello se desarrolla una metodología de investigación documental argumentativa, buscando y comparando literatura nacional e internacional; en una primera fase los autores durante este periodo realizaron preguntas al personal involucrado, para poder satisfacer la inquietud sobre si existían o no verdaderos dilemas éticos dentro de la institución, encontrándose con casos resaltantes que dieron pie al inicio del presente trabajo de investigación, formalizando la necesidad de encontrar respuestas dentro de la literatura científica. Una de las principales limitaciones del presente trabajo la constituye el hecho de tratarse de un tema poco documentado en el ámbito regional, haciendo referencia específicamente del estado Yaracuy, pero ampliamente discutido a nivel internacional.

En Venezuela existen pocos comités de bioética institucionales correctamente conformados, sean estos asistenciales o de investigación. El Hospital Pediátrico Niño Jesús ubicado en San Felipe, estado Yaracuy, es un Hospital de reciente creación y puesta en funcionamiento, inaugurado el 23 de diciembre de 2011 con 204 camas de hospitalización, que atienden no solo pediatría general sino que abarca diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas, han atendido a más de 2 millones de niños y niñas en las diferentes áreas de emergencias y hospitalización, recibe una población que se extiende hasta los estados vecinos como Carabobo, Lara, Portuguesa, Falcón, Barinas y Trujillo, debido a su capacidad de respuesta y satisfacción del público atendido.

El Hospital es además referencia nacional y regional en el área de ortopedia infantil sin embargo no existe en esta institución asistencial en su organigrama ninguna comisión que se dedique a estudiar los dilemas éticos que se presentan constantemente, ya que dicha comisión surgiría como una respuesta necesaria a los enormes cambios que se registran en la visión de lo que es atención de la salud, a la introducción creciente de nueva y costosa tecnología; a la complejidad de las decisiones clínicas y terapéuticas; a la mayor participación de los pacientes y a la búsqueda de formas de aplicación de principios éticos en estas situaciones y que podría servir de organismo asesor a la Dirección de dicho centro asistencial.

El Hospital Pediátrico Niño Jesús del estado Yaracuy nació de la necesidad de atención integral al paciente pediátrico generando una gran cantidad de dilemas éticos debido a la complejidad del Hospital.

Objetivo General de investigación:

Analizar el funcionamiento de cómo se toman las decisiones sobre dilemas éticos en el Hospital Pediátrico Niño Jesús de la ciudad de San Felipe, estado Yaracuy.

Objetivos específicos:

- Identificar las características de funcionamiento y toma de decisiones sobre dilemas éticos en el Hospital Pediátrico Niño Jesús de la ciudad de San Felipe, estado Yaracuy.
- Identificar la existencia de los dilemas éticos en el Hospital Pediátrico Niño Jesús.
- Comparar el manejo del comité de bioética debidamente establecidos y el actual manejo de situaciones éticas dentro del Hospital Pediátrico Niño Jesús.
- Analizar en los comités de bioética las características de sus miembros y el proceso de toma de decisiones para poder establecer un perfil.
- Establecer las funciones del Comité de bioética del Hospital Pediátrico Niño Jesús.

Surge así la decisión de plantear la presente propuesta y considerar su factibilidad en el referido Hospital tomando en cuenta que dentro del recurso humano presente existen personas calificadas para poder constituir lo que sería el primer comité de bioética de la institución, que bien podría completarse con la población que hace vida activa y permitiría representar a todos los involucrados en la toma de decisiones, así como para balancear la forma de instruir en materia de bioética. Respetando la condición de valor científico, se

diseñó un plan que incluía la recolección de documentos, posteriormente realizar la selección de documentos relacionados, simultáneamente a la realización de fichas bibliográficas que sirvieran como base de la discusión y análisis de los diferentes Comités de bioética existentes en otros Hospitales.

Se describe un marco teórico que incluyen antecedentes nacionales como el realizado en el Hospital de Clínicas de Caracas, que es el primer comité de Bioética debidamente conformado en Venezuela, también se consideran antecedentes internacionales como los de Colombia, Argentina y España que avalan la propuesta de la formación de los comités de bioética, sus principios filosóficos y sus bases legales.

Posteriormente se explica la metodología aplicada, donde se vinculan la actuación de los comités de bioética con los procedimientos y políticas generales y específicas de los comités de bioética existentes en Venezuela y se contrarrestan al Hospital Pediátrico Niño Jesús. Se establece una hipótesis con una sola variable que la constituyen los diferentes dilemas éticos suscitados hasta el momento de la realización de la encuesta inicial. Se desarrolla un análisis de los datos obtenidos, se considera la descripción de los integrantes del comité y como producto final se establece una propuesta que satisface todos los requisitos que pudiese necesitar una comisión en funciones de organismo asesor y docente.

Por último, se concluye del análisis de los resultados argumentados que el Hospital Pediátrico Niño Jesús es un Hospital de alta complejidad con un gran área de influencia que debería contar con un Comité de Bioética formalmente constituido con su autonomía requerida y con todas las partes que viven en el ambiente hospitalario debidamente representados, que constituya un grupo balanceado a fin de expresar de la mejor manera posible, los intereses y preocupaciones de la comunidad y se sugieren las características de sus integrantes.

Se obtiene una crítica sustentada en la necesidad de funcionamiento de la Comisión de Bioética una vez conformada, ya que tiene una deuda de casi 5 años de trabajar dependiendo únicamente de la mística de sus trabajadores.

Método

Se realizó la recopilación o investigación documental argumentativa ya que se pretende demostrar si algo es correcto o incorrecto. Y si requiere solución. Además, se discute sus consecuencias y soluciones, por lo que al final aportamos una crítica. Mirón en su (2013)

Guía para la elaboración de trabajos científicos sugiere la elaboración de una hipótesis que, si bien no es necesaria en todos los trabajos de investigación, permite guiar el esfuerzo argumentativo del objetivo principal. Se diseñó un proceso sistemático, siguiendo un orden coherente, se inicia con la realización de una encuesta para satisfacer las interrogantes iniciales del trabajo de investigación, posteriormente se evaluaron las respuestas que permitieron determinar la confiabilidad de las respuestas, desechar las que no se consideran relevantes o que no constituían dilemas éticos, en su mayoría la población encuestada exteriorizaba sus insatisfacciones en cuanto al trato o relaciones interpersonales. Consecutivamente, se buscó literatura nacional e internacional donde es evidente que la mayor carga de información corresponde a países como España, Argentina, Estados Unidos y Colombia ,por lo que se debe instintivamente adecuar su política de salud a la de Venezuela para poder desarrollar una comparación en la conformación de los integrantes del Comité de Bioética, analizar sus funciones dentro de la comisión y poder obviar todo lo foráneo que pudiese desvirtuar el sentido principal del presente trabajo.

Posteriormente se vinculan la actuación de los comités de bioética con los procedimientos y políticas generales y específicas de los comités de bioética existentes en el país y se contrarrestan al funcionamiento actual del Hospital Pediátrico Niño Jesús el cual no cuenta con una comisión.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos según Hurtado (1998) “son las distintas formas o maneras de obtener la información”. (Pp. 68) De este modo, son herramientas empleadas en una investigación para diagnosticar o medir la situación actual de un aspecto determinado. Es así, por lo que en función de los objetivos planteados y tomando en consideración, que metodológicamente se orientó mediante un estudio documental, en la pretensión de realizar un análisis sobre el funcionamiento del comité de bioética para el Hospital Pediátrico Niño Jesús, se procedió e a la utilización tanto de técnicas como de instrumentos, característicos de este paradigma de investigación, a saber: observación documental, presentación resumida de textos, resumen analítico y análisis crítico.

Los instrumentos utilizados, de acuerdo al cronograma de trabajo fueron en la recolección de documentos y la selección de documentos relacionados, la realización de fichas bibliográficas, 12.5 x 7.5 cm, de la siguiente forma: para un libro: los autores, título,

edición, año, y lugar de publicación y número. Para una revista: la periodicidad, el número, tomo, fecha, y se hace bajo autor o título. Para un periódico: la fecha, sección, y columna del artículo citado. Se diseñaron las fichas de trabajo, en sus diferentes. Se consideró la utilización de la ficha textual, va entrecomillas, ficha de paráfrasis, de resumen, de comentario, de síntesis, ficha mixta: textual y de comentario. Se estudiaron las fichas de trabajo, luego se ordenó en un fichero para darle sentido, hacer un reporte, analizar la información y por último asentar los resultados. Una vez, recogida toda la información pertinente se procedió a la realización del análisis e interpretación de la misma para ofrecer al final, lo pautado en los objetivos planteados; ya que se considera que es la elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales (UPEL,2006).

Análisis

Los comités de bioética son grupos interdisciplinario de personas que tienen una función asesora nunca de vigilancia o punitivas, para facilitar la calidad ética de todas las conductas del medio hospitalario que de alguna manera interfieren en: atención a las personas, relación entre el personal de la institución en lo que se refiere a dicha atención, investigación, docencia desde lo bioético y actividades de proyección comunitaria nacional e internacional. Todos tienen fines comunes, así como lo cita Apitz, R. (2002) como lo es el de velar por el correcto cumplimiento de unas series de normas que tienden a la protección de los seres vivos sujetos a estudios experimentales. Los comités bioéticos clínicos trabajan en dos componentes asistenciales e investigación.

Según D'Empaire (Op. Cit) Comités de ética hospitalaria, Primera Experiencia Nacional, en Venezuela todo hospital debe contar en la actualidad con tres comités con estructura, organización y funciones diferentes: (1) Comité de Ética o Comisión de Ética: Los Comités o Comisiones de Ética cumplen básicamente funciones deontológicas dentro de un ambiente hospitalario determinado. Están formados por un grupo de médicos que deben velar por el estricto cumplimiento de las normas establecidas en la ley y en el Código de Deontología Médica vigentes. En ese sentido, analizarán todas aquellas situaciones que tengan que ver con supuestas violaciones de normativas legales. Estos Comités, si bien cumple funciones de vigilancia, no tienen, en nuestro país, facultades para establecer sanciones disciplinarias o administrativas.

Las primeras solamente pueden ser ejercidas por los Tribunales Disciplinarios de los Colegios Médicos y el Tribunal Disciplinario de la Federación Médica Venezolana. Mientras que son competentes para la aplicación de sanciones administrativas el Ministerio de Sanidad a Asistencia Social o los funcionarios que el Ministerio autorice. Estas sanciones se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar. (Artículos 118,119 y 120 de la Ley de ejercicio de la Medicina). Así, los Comités o Comisiones de Ética que funcionan a nivel de los hospitales, deben limitarse a la revisión de los casos presentados y de considerarlo necesario remitirlos al Tribunal Disciplinario del Colegio Médico correspondiente. (2) Comités Asistenciales de Ética o Comités Hospitalarios de Ética: Son los denominados “Institutional Ethics Committees”, en Estados Unidos. Han sido definidos como: “Grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria”

Son espacios de reflexión multidisciplinarios que buscan fomentar la deliberación de los diferentes problemas que surgen de la práctica médica diaria. Abarcan desde los grandes problemas que se plantean en la institución hospitalaria, en todos sus niveles, hasta los problemas particulares que puedan presentar los pacientes o sus familiares. Es importante destacar dos características indispensables en relación con la estructura y funcionamiento de estos comités. En primer lugar, son interdisciplinarios y como tales están constituidos por: médicos, enfermeras, bioeticistas, personas de otras profesiones: abogados, psicólogos, etc. Además de legos, representantes de la comunidad y representantes del clero. En segundo lugar, su función es netamente asesora y no decisoria.

En este sentido tanto sus deliberaciones sobre los problemas bioéticos institucionales como la discusión sobre un paciente en particular debe terminar en una recomendación y bajo ningún respecto en una imposición.(3) Comités Institucionales de Ética para la Investigación o Comités de Ética para la Investigación Clínica: Conocidos como "Institutional Review Boards" en Estados Unidos tienen como finalidad principal revisar y aprobar los protocolos de investigación que se llevarán a cabo en la institución hospitalaria, a fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación, de acuerdo a lo establecido en las normativas internacionales. A diferencia de los Comités Hospitalarios de Ética, estos comités tienen capacidad decisoria y por tanto los protocolos

de investigación que no sean aprobados por estos comités no podrán ser realizados en esa institución, mientras no se hagan las modificaciones sugeridas por el comité, si este fuese el caso. Se ha creado gran confusión con las denominaciones antes expuestas, por lo que tal vez sería importante denominar estos dos últimos comités, Comités Asistenciales de Bioética y Comités Institucionales de Bioética para la Investigación respectivamente a fin de diferenciarlos de los Comités de Ética o de vigilancia deontológica.

En los Comité de Bioética están bien establecidas sus funciones como lo constituyen la de emitir los informes solicitados sobre proyectos o trabajos de investigación que impliquen estudios en seres humanos; valorar los proyectos vinculados a la defensa y protección del medio ambiente; velar por el cumplimiento de las buenas prácticas de investigación, promover el debate en la comunidad científica sobre los aspectos éticos de interés general. Tienen dentro de sus Funciones las de evaluar desde el punto de vista ético, de la experiencia vital y científico los estudios de investigación con seres humanos. Llevar a la práctica el cumplimiento de los múltiples requisitos que establecen las normas internacionales; regionales y/o locales.

Evaluar y asesorar respecto de los dilemas éticos que se presentan en la práctica de la clínica médica entendiendo como tales a aquellas situaciones donde las respuestas posibles no son unívocas, y sus efectos implican un riesgo o daño potencial para el paciente. Evaluar y determinar faltas a la bioética en los estudios de investigación clínica (protocolos de investigación), donde la decisión tomada es vinculante para los investigadores. Brindar Asesoramiento y Capacitación en Bioética para los profesionales de la salud, así como a otras profesiones vinculadas, los pacientes y el público en general. El Comité analiza los ensayos clínicos antes de su inicio y realiza una evaluación regular de los estudios durante su desarrollo por lo menos 1 vez al año.

El Comité debería estar constituido por un grupo de personas, con alcance multidisciplinario, compuesto, sin ser excluyente, por médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, antropólogos/as, trabajadores/as sociales, abogados/as, otros trabajadores del equipo de salud, representantes de la comunidad y de los pacientes, así como representantes religiosos. La constitución del grupo debe estar balanceada a fin de expresar de la mejor manera posible, los intereses y preocupaciones de la comunidad en la que se desenvuelve.

El Listado de miembros del comité es comunicado una vez por año a través de nota interna a la Dirección del Hospital.

CONCLUSION

Como producto de la encuesta en busca de dilemas éticos suscitados dentro del Hospital Pediátrico Niño Jesús, destaca un caso particular de una paciente pre- escolar femenina llamada Sergimar, que tenía el mismo tiempo de hospitalización que el tiempo de funcionamiento del Hospital, dos años y medio, y que finalizó en un desenlace fatal ya esperado, debido a varias complicaciones de su patología, que requirieron un gran gasto económico por parte del Estado Venezolano siendo la condición de la paciente irrecuperable desde su inicio. Si bien no es este el espacio para discutir conductas éticas particulares, si llama la atención de la necesidad de que no existió dentro del Hospital un espacio para discusión del caso clínico citado, sino que fue manejado por casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas sin respaldo de una discusión ética conciliatoria. La conducta en todos los casos fue de complacencia hacia la madre de la paciente, por lo que luego de la muerte de la paciente no hubo retaliación alguna hacia la institución, sino por lo contrario de agradecimiento. Pero deja la duda en el aire, ¿Fue esta la conducta más acertada? En caso de volver a existir una situación similar, ¿se volverá a tener la misma conducta? Se contesta la pregunta formulada en la encuesta ¿Requiere solución? Sí. Es necesaria la creación de un Comité de bioética dentro del Hospital Pediátrico Niño Jesús. Se consideran las funciones básicas de los comités de bioética, se observa la necesidad de agregarle funciones más adecuadas al entorno que envuelven las actividades propias de un Hospital Pediátrico por lo que ya sus actuaciones no serían tan básicas como la de cualquier otro centro asistencial, ameritaría la inclusión de un mayor número de miembros para la conformación de la comisión y se observa la necesidad de incluir a padres o representantes legales de los pacientes pediátricos para lograr un equilibrio en las decisiones futuras.

Siguiendo la Guía número 2 de la Organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO) sobre la conformación de los comité de bioética, investigamos dentro del Hospital Pediátrico Niño Jesús la presencia o no de personal que pudiese incorporarse dentro de lo que constituiría la primera comisión de Bioética de la institución y la posibilidad de estructurarla de acuerdo a la revisión de la

literatura nacional e internacional, ya que este Hospital requiere una conformación bastante compleja y requiere de individuos con un gran espíritu de servicio y una preparación profesional de muy alta calidad. Se considera que estos comités deben estar integrados por: (1) Miembros del personal médico (2) Bioeticistas (3) Filósofos o teólogos (4) Juristas (5) Científicos sociales (6) Miembros del personal de enfermería (7) Administradores (8) Pacientes y/o familiares o representantes legales. Como respuesta a los objetivos trazados, se considera necesario la creación del Comité de bioética a la brevedad posible teniendo en cuenta la pluralidad de sus integrantes para poder desarrollar un primer manual de enseñanza de la bioética dentro del Hospital, ya que, al no existir un antecedente dentro de este, se deberá ir dando respuesta paso a paso para lograr en el futuro el funcionamiento cabal del Comité de bioética del Hospital Pediátrico Niño Jesús.

Los autores consideran realizar una crítica que refuerza el objetivo principal del presente trabajo, ya que la puesta en funcionamiento a la brevedad posible marcaría un logro adicional al Hospital materia de estudio, destacándolo por encima de cualquier institución de salud pública y privada en la región, ya que hasta el momento de la redacción del presente trabajo de investigación no existe en el estado Yaracuy ningún centro médico asistencial que contenga dentro de su organigrama una comisión de bioética. Durante el periodo de realización del presente trabajo se puso en funcionamiento la primera unidad de caumatología pediátrica de Venezuela, que funciona dentro del área del servicio de cirugía plástica del Hospital Pediátrico Niño Jesús, lo que refuerza el alto grado de complejidad de la institución anteriormente mencionado y que sobrepone la necesidad de contar con un comité de bioética que le sirva de apoyo ante la emergente cantidad de dilemas éticos que esto conlleva.

En fin, se identificaron la existencia de dilemas éticos en el Hospital Pediátrico Niño Jesús en diferentes niveles, desde el ingreso a la emergencia, durante la hospitalización, en áreas de pabellón quirúrgico, en la unidad de cuidados intensivos y recientemente en la unidad de caumatología que inició actividades el primero de agosto del presente año en curso. Un dilema ético se puede definir como una narración breve, a modo de historia, en la que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad, pero conflictiva a nivel moral, y se solicita de los oyentes o bien una solución razonada del conflicto, o un análisis de la solución elegida por el sujeto protagonista de la historia.

Al comparar el manejo de los comités de bioética existentes, se observó un retraso en el tiempo de respuesta a los problemas que se suscitan a pesar del esfuerzo de la directiva del Hospital de tratar de evitar inconvenientes en el normal funcionamiento del mismo, debido que al no existir un instructivo o manual de procedimientos de bioética no existe reporte de situaciones que inminentemente desencadenaran en un dilema ético que debería ser analizado en caso de no estar reglamentado ya por una comisión de bioética. La literatura mundial concuerda con la literatura latinoamericana, se encuentran muchas similitudes y muy pocas diferencias respecto a la estructura y funcionamiento de los Comités de Bioética.

El Hospital Pediátrico Niño no cuenta en su organigrama con ninguna comisión que se dedique a estudiar los dilemas éticos que se presentan constantemente, como lo son las decisiones clínicas y terapéuticas; a la mayor participación de los familiares de los pacientes.

Se concluye del análisis de los resultados argumentados que el Hospital Pediátrico Niño Jesús es un hospital de alta complejidad con una gran área de influencia que debería contar con un Comité de Bioética formalmente constituido con su autonomía requerida y con todo el parte que viven en el ambiente hospitalario debidamente representados. En cuanto a las características de sus miembros y el proceso de toma de decisiones se considera que el comité debería estar integrados por: (1) Miembros del personal médico (2) Bioeticistas (3) Filósofos o teólogos (4) Juristas (5) Científicos sociales (6) Miembros del personal de enfermería (7) Administradores (8) Pacientes y/o familiares o representantes legales. Se establece un perfil con las características que deberían tener sus miembros como lo constituye la honestidad, la capacidad de apertura para poder discutir con ideas diversas. Deben ser capaces de dejar a un lado sus propios juicios que ostentan valores diferentes. Deben tener la habilidad de poder cooperar, deben tener el hábito de pensar lo que es correcto y lo que es incorrecto, estar dispuestos a emplear tiempo extra. Los miembros deberán ser pensadores críticos, disciplinados, con suficiente paciencia para dar una respuesta sin apresurarse, ya que debe poder analizar todo el contexto de la situación planteada.

Se considera dentro del marco de sus competencias que debe contribuir a la formación en Bioética de los profesionales de la salud, así como a otras profesiones vinculadas, los pacientes y el público en general.

Las funciones del comité de Bioética del Hospital Pediátrico Niño Jesús serían:

- 1). Educación en bioética mediante (a) programas encaminados a la formación de sus miembros, y(b) programas encaminados a formar a las personas designadas y los voluntarios que ulteriormente formarán parte del Comité;
- 2). Examen y análisis de casos bioéticos por parte del Comité en su totalidad. Los casos serán:(a) Activos (pacientes), (b) Retrospectivos (pacientes dados de alta o fallecidos) y(c) Hipotéticos,
- 3). Consultas en torno a un caso bioético, a cargo de:(a) un consultor especializado en bioética (por ejemplo, un médico, un enfermero, una persona que defiende los derechos del paciente o un especialista en bioética o filósofo), (b) un equipo de asesoramiento o defensa del paciente (dos o más miembros del Comité) y(c) un subcomité creado en el seno del Comité (tres o más miembros del Comité);
- 4). Preparación de directrices y políticas institucionales y análisis de los aspectos bioéticos de las políticas del centro médico en lo que atañe a los derechos y el bienestar de los pacientes, como por ejemplo la asignación de las camas en una unidad de cuidados intensivos o la asignación de criterios con respecto a las órdenes de no reanimación/resucitación o no entubación;
- 5). Búsqueda de una distribución equitativa de los recursos de atención médica que sea consonante con los factores tanto seculares como religiosos que influyen en la distribución y el suministro de dichos recursos;
- 6). Puesta en marcha de proyectos comunitarios y formación de relaciones del Comité en el ámbito de su ciudad o región, como, por ejemplo, creación de un foro de bioética en la comunidad local o resolución de problemas relacionados con los servicios médicos de urgencia; y
- 7). Presentación al centro de recomendaciones sobre la información que debe impartirse a los pacientes sobre las decisiones anticipadas (testamentos vitales, poderes notariales duraderos en el ámbito de las decisiones relativas a la atención médica, designación de un representante o un agente que defienda los intereses del paciente en el ámbito

médico). Cuando un Comité está debidamente asentado, puede diversificar sus funciones encargándose de actividades como éstas;

8). Determinación de los conflictos entre distintos intereses, derechos y deberes y prestación de asistencia con vistas a conciliar objetivos institucionales opuestos, por ejemplo, en relación con la distribución y utilización de recursos médicos que son escasos o limitados;

9). Solución de las controversias que surjan entre los trabajadores del centro y entre los trabajadores, los pacientes y la familia de los pacientes, por ejemplo, en relación con las decisiones de aplicar tratamiento o no aplicarlo;

10). Apoyo a los centros médicos y las normativas que den cabida a elementos de bioética

11). Investigaciones sobre bioética en el seno del centro; Integración de la bioética en las fases pre -hospitalarias, como por ejemplo en la emergencia o en las salas de consulta externa o cuidados ambulatorios;

13). Funciones de foro de debate bioético, como por ejemplo durante la transición a un modelo alternativo de financiamiento y procedimientos de pago en relación con la atención médica;

14). Participación en las audiencias públicas de la legislación de ámbito local, regional o nacional que guarden relación con la salud pública; y

Recomendaciones

La primera recomendación que nace del presente trabajo es que otros investigadores pueden realizar una propuesta de estructuración de un Comité de bioética para el Hospital pediátrico Niño Jesús contando principalmente con el recurso humano que existe dentro de su institución y completarse con parte de la comunidad que hace vida activa dentro del centro de salud. Una última recomendación del presente trabajo es que la constitución y puesta en funcionamiento del Comité de Bioética del Hospital Pediátrico Niño Jesús no debería esperar más tiempo para su formación ya que desde la puesta en funcionamiento hace 5 años del Hospital se han suscitados grandes y puntuales dilemas éticos.

REFERENCIAS

Apitz, R. (2002) *Comités de bioética*, Gaceta Médica de Caracas Vol.110 N° 1

[http: www.scielo.org.ve/scielo](http://www.scielo.org.ve/scielo) [abril 2014]

Beauchamp, T y Walters, LR. (2003). *Contemporary Issues in Bioethics*. Estados Unidos: Thomson Wadsworth.

Castillo, A. (2006), *Bioética: Editorial* Disinlimed C.A.

Comité de Bioética del Hospital General de Agudos “Dr. Teodoro Álvarez” (2006), *Procedimientos operativos* [abril 2014]

Constitución de la República Bolivariana d Venezuela. (1999). Caracas. Graficlub, C.A.

D’Empaire, G; D’Empaire, M (1999) *Comités de ética hospitalaria, Primera Experiencia Nacional*, Clínica Médica: 4:23 <http://www.amcg.org.mx//index.php/en/pacientes/educación-para-el-paciente>. [abril 2014]

Gómez V., L. Gómez E., L (2007); 21(3): May.-Jun: 161-164 *Los comités hospitalarios de ética clínica*. Acta Ortopédica Mexicana

Hackspiel, Z. (1998) *Comités bioéticos clínicos*, Ministerio de salud. Dirección de desarrollo científico y tecnológico. Santa Fe de Bogotá pp.1-148

Hurtado, J. (1998) *Metodología de la Investigación Holística*. 2ª Edición Fundación SYPAL, C.A. Caracas

León, F; Araya, J. y Niveló, M (2010) *Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile*, Medicina y Humanidades Vol.II N°1

López, S. (2011), *Ética y Deontología Médica*: Editorial Marbán

Ministerio para el Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias intermedias (2011) Código de ética para la vida <http://www.coordinv.ciens.ucv.ve/investigacion> [abril 2014]

Mirón, J. (2013) *Guía para la elaboración de trabajos científicos España*: Gráficas Lope. Salamanca

Muñoz, G. (2002-2003) *Clases de ética médica*, pág. 14

Rubio, D. (2008), *El Tao o Camino a la bioética sistémica*

Rubio, D. (2008), *Reflexiones y Diálogo Bioético sistémico*: Ediciones Astro data S.A.

Rubio, D. (2011), *Bioética sistémica. Síntesis ética-bioética emergente para la humanidad del siglo XXI*

Schmidt, L. (2007), *La Bioética en Venezuela, primeras huellas*, Centro universitario Sao Camilo. www.saocamilosp.com

UNESCO (2006) *Guía no 2 Funcionamiento de los Comités de Bioética: Procedimientos y políticas*<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/guia2.pdf> [abril 2014]

Universidad Autónoma de Madrid (2013) *Reglamento del Comité de ética de la Investigación*

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2006) *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*, Caracas: Autor: Comisión Académica.

LA EUTANASIA: UN TEMA A DEBATIR EN VENEZUELA

**Autores: Ángel Lanza
Aida Castillo Barrios**

RESUMEN

La muerte siempre se ha tratado con mística, y el hecho de inducirla, para evitar sufrimientos corporales insoportables, genera debates polémicos de toda índole. De los aportes y discusiones sobre este tema, algunos países europeos lograron incorporar en su legislación a la eutanasia, ofreciendo así, alternativas legales a los pacientes con enfermedades en fase terminal, esto influenció a otras sociedades para su análisis. Este estudio refleja el resultado de una investigación documental donde a través de los textos y documentos médicos se identificaron los países que permiten legalmente la eutanasia y la frecuencia de su práctica, y evaluar la factibilidad de su aplicabilidad en Venezuela.

Se desarrollaron cuatro tópicos sobre la eutanasia: legalidad e impacto social en países permitidos, los derechos humanos ante la eutanasia, argumentos a favor o en contra y el discernimiento del tema en Venezuela para su inclusión en la normativa legal.

Se concluye que el tema de la eutanasia tiene posiciones a favor y en contra, motivo por el cual es aceptada sólo en algunos países europeos y escasamente en países latinos, que la aplican fundamentada en principios bioéticos, sin embargo, en Venezuela aún no es permitida. Proponemos incluir a la eutanasia y otras alternativas, como el suicidio asistido y testamento vital, a los currículos de las facultades de medicina y derecho de Venezuela, y a su vez difundirlo a todos los estratos sociales del país ya que son aspectos de sumo interés para nuestra sociedad.

Palabras claves: eutanasia, testamento vital, suicidio asistido, bioética

ABSTRACT

Death has always been treated with mystique; inducing it to avoid unbearable physical creates controversial debate. From these discussions, some European countries legalized euthanasia, offering legal alternatives to terminal patients. This influenced other societies to take note. This study reflects the results of research that, through medical texts and documents, identifies the countries with national doctrines permitting euthanasia and their frequency of use to evaluate its feasibility in Venezuela. Four topics in euthanasia were studied: the legality and social impact in countries allowing it, human rights with regards to euthanasia, arguments in favor and against of euthanasia, and its inclusion into Venezuela's legal code. We conclude that euthanasia has both pros and cons, which is why there are European countries as well as a few Latin ones whose laws allow it based on the principle of bioethics. However, it's not allowed in Venezuela. We propose promulgating the study of euthanasia, assisted suicide, and vital testament, to the curriculums of medicine and law faculties of Venezuela and simultaneously spread its discussion to all social strata since these are interesting aspect for our society.

Key words: euthanasia, vital testament, assisted suicide, bioethics

INTRODUCCIÓN

El hombre a través de toda su historia ha buscado la forma de vivir eternamente, o al menos de vivir más de lo que actualmente vive. En las últimas décadas, con la incorporación de nuevas tecnologías, han surgido diferentes modalidades terapéuticas que han venido a satisfacer al menos parcialmente, el eterno anhelo de prolongar la vida. Tales logros han tenido, sin duda algunos beneficios, pero a la vez, aun cuando parezca contradictorio, estos han planteado dilemas, desde muchos puntos de vista. Los avances médicos y tecnológicos han llevado a mantener vivos a pacientes, para quienes el morir hubiera sido de mayor beneficio, si se considera el sufrimiento del paciente, incluso de la familia, sin dejar a un lado los altos costos económicos de la aplicación de tales tratamientos, para finalmente terminar en la muerte o peor aún sobrevivir con una severa incapacidad o en condición de estado vegetativo persistente.

Considerando esta postura, surgen discusiones sobre la eutanasia, ¿cómo finalizar un sufrimiento tanto personal como de familia ante una enfermedad terminal? Desde el punto de vista médico, sostiene Valbuena, (2012) que se ha de considerar, a diferencia de otros profesionales, que los médicos llevan sobre sus hombros la responsabilidad directa de decidir a diario frente a situaciones complejas de enfermedades graves, donde se debate sobre la vida y la muerte. Es algo que no puede eludir, ni fácilmente delegar y es consustancial a su actividad profesional. Frente a la decisión, puede dudar, pero no puede evitar el compromiso de afrontarlos. Su primera responsabilidad, es mantenerse alerta y actualizado, como lo es también sujetarse a normas éticas y morales fundamentales en su relación con el enfermo, y su entorno.

Ahora bien, la eutanasia es vista, ante un sector de los diversos gremios médicos de cualquier sociedad, como una muerte buena, ya que detiene el sufrimiento de una persona que padece una enfermedad incurable, aplicando drogas o fármacos para aliviarlo rápidamente, y a su vez acortar o terminar con su vida. Considerando esta postura, donde se supone que la eutanasia ofrece la posibilidad de aplacar y poner fin a ese tiempo doloroso antes de la muerte, a sabiendas de que las posibilidades de sobrevida están agotadas, entra en dilema ante los postulados éticos. Remitiendo a Núñez (2001), discurre en el tema

haciendo mención de tomar en cuenta el juramento Hipocrático, elaborado en el año 500 antes de nuestra era (A.N.E.), que genera una contradicción enorme para los profesionales de salud, pues en el juramento Hipocrático se consigna que: “a nadie, aunque me lo pidiera, daré un veneno ni a nadie le sugeriré que lo tome”. Aquí entra en juego la libertad del propio enfermo para decidir acerca de su propia vida cuando la medicina ya no ofrece una alternativa de mejoría del enfermo.

Así mismo, en diversas partes del Código de Deontología Médica (1985), se hace alusión a la autonomía del paciente como ser humano y, por lo tanto, también a su libertad, respetando la dignidad y privacidad de los pacientes. Escuchando sus puntos de vista. La entrega a los pacientes de información oportuna, clara y precisa, de manera que ellos puedan entender y decidir. El respeto al derecho de los pacientes a participar de las decisiones que tengan relación con su salud. El asegurar que las creencias personales no perjudiquen la atención de los pacientes. El médico debe comprometerse públicamente a cumplir con estos preceptos que, a diferencia de la postura religiosa, la cual va en contra de esta práctica, sostenido por el Dr. Monckeberg F y comentado por Creces (2009) en <http://www.creces.cl/>, donde señala que según la religión es una forma de suicidio y que las personas que toman esta decisión no tendrán el perdón de DIOS y nunca llegarán “a la vida eterna”.

Sin embargo, es evidente que la legalización de la Eutanasia en varios países de Europa ha encendido una polémica que parecía haber estado dormida, filosofía que se ha ido extendiendo a algunos países del continente americano: Estados Unidos de Norteamérica, Argentina, Colombia. Se considera verdaderamente un tema polémico, a diferencia de los países europeos quienes vienen asumiendo una postura a favor de la eutanasia que ha impactado en otras sociedades. El tal sentido, el presente estudio documental, se realizó para estar al tanto de qué se conoce como la muerte digna de los pacientes terminales: Eutanasia, y así hacer un aporte para los debates en Venezuela, considerando que, en muchos países de Latinoamérica, el tema de la eutanasia es visto con mística y a su vez existe una gran incapacidad de afrontarla, donde el común denominador es la ausencia de una legislación idónea, que favorezca al paciente terminal en su fase terminal. Ante esta situación, se hace necesario conocer del tema y promover las soluciones, para no prolongar una vida fútil, a los pacientes que presentan enfermedades terminales en fase terminal,

teniendo siempre presente, que la aplicación indiscriminada de técnicas de soporte vital, e incluso algunos tratamientos farmacológicos han aumentado el sufrimiento de muchos enfermos terminales, además de incrementar sustancialmente la relación costo- beneficios para el paciente.

Planteamiento del objeto de estudio

El termino eutanasia es referido a la acción u omisión que acelera la muerte de un paciente desahuciado, con su consentimiento o sin él, con la intención de evitar sufrimientos insoportables o la prolongación artificial e inhumana de su vida, realizado por personal médico. La eutanasia no representaba problemas morales en la antigua Grecia y Roma. Hipócrates de Cos, el padre de la medicina, quien vivió durante el siglo V antes de nuestra era, fue una notable excepción al pensamiento de la época, ya que prohibió a los médicos la eutanasia activa y el suicidio asistido. Tomas Moro, en la Utopía, (1516), comentado por Torres (2014), presentó una sociedad en la que los habitantes justifican la eutanasia activa, sin usar este término.

Hoy en día, está legalizada la eutanasia en varios países de Europa. En España existe el documento de voluntades anticipadas y que es una alternativa inteligente para facilitar la toma de decisiones por parte del médico, frente a futuros problemas de salud del paciente, cuando, por su condición médica, se le imposibilite participar en la toma de decisiones. Es una política que se ha ido extendiendo a algunos países del continente americano, a decir Estados Unidos de Norteamérica, Argentina, Colombia. Sin embargo, en otros países, dicha postura ha encendido una polémica que parecía haber estado dormida, es una filosofía que genera dilemas sin respuesta satisfactoria entre los consultores, razón por el cual no se ha incluido en muchos países, siendo notorio en los países latinoamericanos.

En el caso de Venezuela se defiende el derecho a la vida, a la integridad física y moral, desde el momento de la concepción y son partes integrantes de los derechos humanos que el Estado tiene la obligación de hacer prevalecer a todos los integrantes de nuestra sociedad. Es por ello que la eutanasia ha sido un tema muy polémico, dado por la mística que existe en torno a la muerte y a su vez a la gran incapacidad de afrontarla tanto de manera psicológica, social, cultural, religiosa y económica. No obstante, es cada vez más necesario analizar dicha práctica, ya que, no por azar, con el paso de los años, ha sido

progresivamente más aceptada, y no solamente en países dominados por el utilitarismo sino también donde prevalecen otras filosofías de vida.

El respeto a la autonomía es un valor ético que se debe siempre considerar, mientras no afecte el derecho de terceras personas. Es importante conocer el marco legal y moral existente en el país. Es un derecho del enfermo terminal exigir que se le permita morir sin la aplicación indiscriminada de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida, establecido en el Código de Deontología Médica (CDM) en su artículo 77:

“El moribundo tiene derecho a exigir se le permita morir sin la aplicación indiscriminada de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida, respetándose también su decisión de que no le sean aplicadas medidas de reanimación. El desatender este deseo puede considerarse como una violación a los derechos del enfermo de morir en paz”.

Igualmente, el artículo 79, dice:

“El enfermo tiene derecho a exigir que, durante su tránsito final, no exceda la ciencia al arte de la medicina. En otras palabras, que el conocimiento científico y las habilidades técnicas del médico no excedan en momento alguno el carácter humano de la ayuda profesional. El médico no está obligado a la utilización de tratamientos fútiles en paciente con enfermedades terminales en etapa terminal”.

Así mismo, la Ley del Ejercicio de la Medicina (LEM), en su artículo 28 dice:

“El médico o médica que atienda a enfermos o enfermas irreversibles no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos de ser posible, oír la opinión de otro u otros profesionales de la medicina. El Reglamento desarrollará el contenido de esta disposición”.

Y el artículo 29: “El ingreso y la permanencia de los enfermos o enfermas, en las unidades de cuidado intensivo deberán someterse a escritas normas de evaluación, destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesiten y en la asistencia de enfermos o enfermas irreversibles en la etapa final de su padecimiento”.

Concatenado con el CDM en su artículo 81 que expone:

“El médico que atiende enfermos irreversibles no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oír la

opinión de otro, u otros profesionales de la medicina. El médico cumplirá – igualmente – lo que pueda establecer al respecto el Reglamento de la Ley de Ejercicio de la Medicina”.

Todos estos artículos apoyan, según los conceptos actuales la práctica de la eutanasia Pasiva, por omisión o suspensión terapéutica. Pero, escudriñando más profundo este marco legal y contrastándolo con la carta magna se genera conflictos para la toma de decisiones asertiva, ya que se tiene que el artículo 80 del CDM, reza: “Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano. No puede, en ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aun cuando éste o sus familiares lo soliciten.” Y el artículo 43 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), que dice:

“El derecho a la vida es inviolable. Ninguna Ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla. El Estado protegerá la vida de las personas que se encuentren privadas de su libertad, prestando el servicio militar o civil, o sometidas a su autoridad en cualquier otra forma”.

Y el artículo 20, de la C RBV: “Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad sin más limitaciones que la que derivan del derecho de los demás y del orden público y social.”

Se considera que este antagonismo legal, crea confusión, tanto a los que les corresponde tratar a los enfermos terminales, como a los que ejercen la práctica del derecho. Se hace necesario crear leyes especiales del derecho médico en Venezuela. Por ello, en la investigación se planteó la siguiente hipótesis: ¿Si la eutanasia es constitucional en países como Bélgica y Holanda, así como también se han aprobado casos especiales e individuales en España, Reino Unido, y EEUU, ¿se podrá incluir en nuestra legislación y además darle cabida al suicidio asistido o al testamento vital?

Justificación

La importancia de la investigación radica en que la eutanasia es una práctica que se está implementando cada vez más a nivel mundial, como solución a no prolongar una vida fútil en los pacientes que presentan enfermedades terminales en fase terminal. La aplicación indiscriminada de técnicas de soporte vital, e incluso algunos tratamientos farmacológicos han aumentado el sufrimiento de muchos enfermos terminales, además de incrementar sustancialmente la relación costo- beneficios para el paciente. Cada vez se hace más necesario analizar dicha práctica, ya que no por azar, con el paso de los años ha sido

progresivamente más aceptada, y no solamente en países dominados por el utilitarismo sino también donde prevalecen otras filosofías de vida.

El respeto a la autonomía, es un valor ético que se debe siempre considerar mientras no afecte el derecho de terceras personas. Ante esta situación se hace necesario debatir sobre la eutanasia. Por tal motivo, elegir investigar sobre la eutanasia, llama la atención, porque de una manera directa o indirecta, en algún momento de la vida, los médicos son llamados a tomar este tipo de decisión bien sea a nivel personal, familiar o actuando como profesionales. Es por ello que la eutanasia ha sido un tema muy polémico, dado por la mística que existe en torno a la muerte y a su vez a la gran incapacidad de afrontarla tanto de manera psicológica, social, cultural, religiosa y económica.

El alcance de esta investigación se limita a conocer sobre la eutanasia y así aportar conocimientos de su manejo legal en otros países para proponer su inclusión en la normativa Jurídica Venezolana, considerando los preceptos constitucionales donde se defiende el derecho a la vida, a la integridad física y moral, desde el momento de la concepción y son partes integrantes de los derechos humanos que el estado tiene la obligación de hacer prevalecer para todos los integrantes de la sociedad, pero donde existe antagonismo entre sus legislaciones.

Se hace necesario crear leyes especiales del derecho médico en Venezuela. Promover prácticas como la eutanasia, suicidio asistido o testamento vital es controversial desde el punto de vista ético social o político ya que en la actualidad es ilegal, porque no están establecidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) por lo que estos actos serían catalogados como un homicidio.

Hablar de enfermedades terminales y muerte en nuestro país es un verdadero tabú y en consecuencia se obvia su enseñanza en todos los niveles educativos tanto básicos como universitarios, incluso en las instituciones de salud, sin embargo es imperativo hacer el esfuerzo necesario para promover la difusión de este tema, ya que las enfermedades y muerte como fin natural de la última etapa de la vida, debemos aprender a afrontarlas, para así planificar y facilitar al enfermo y a la familia las decisiones, en los momentos más difíciles del existir del ser humano.

Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Identificar la eutanasia en varios países de la Unión Europea (Holanda, Bélgica) y en vías de su aprobación como España y Reino Unido y algunos Estados de EEUU (Oregón, Montana, Washington y Vermont), sus aspectos legales, y la frecuencia con que se practica.

Objetivos Específicos:

- Establecer conceptualmente que se entiende por eutanasia o muerte digna, basándose en los derechos humanos. Conocer los argumentos a favor y en contra de la eutanasia.
- Establecer conceptualmente que es un suicidio asistido y un testamento vital.
- Identificar los aspectos legales de la eutanasia (normativas) en: Holanda y Bélgica, para facilitar su aplicabilidad en Venezuela.
- Comparar el impacto social que ha tenido la implementación de la eutanasia.
- Promover acciones para la inclusión de la práctica de la eutanasia en el Ordenamiento Jurídico de la República Bolivariana de Venezuela.

Teoría

Considerando el juramento hipocrático y al código internacional de ética médica, desde siempre, los médicos han participado en la toma de decisiones sobre el fin de la vida y actualmente es común suspender o no instaurar tratamientos en determinados casos, aunque ello lleve a la muerte del paciente. Es lo que se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, limitación de tratamiento, o simplemente, eutanasia pasiva. Se concluye que la eutanasia es un tema que no dejará de debatirse, no es un problema reciente, su historia así lo demuestra, donde la caracteriza la diversidad de aspectos que en ella confluyen, desde su conceptualización, términos, posturas teóricas, e impacto que han causado la legalización para autorizarla en algunos países como Bélgica, Holanda y Luxemburgo; o por el contrario, no es permitida y es penalizada, con implicaciones legales, la práctica de la eutanasia activa, como es en la mayoría de los países latinoamericanos, específicamente, Venezuela.

La sociedad moderna basa su ordenamiento jurídico en la protección de los derechos humanos. En este sentido, cada enfermo tiene derecho hacer informado sobre las condiciones de salud que le son tan propias como privadas, y en virtud de esto decidir, como quiere o no seguir viviendo. Aunque no hay un derecho a morir, se debe reconocer que todo hombre tiene derecho a una muerte digna: a morir con dignidad, a extinguirse como corresponde a su condición o mérito de ser humano racional y libre. El hombre tiene su derecho fundado en el principio de la Autonomía, es decir, en el dominio de sí mismo, siempre que pueda manifestar su voluntad en uso de la razón; debiendo el Estado permitir el ejercicio de su derecho con la regulación respectiva.

Según las distintas opiniones, la eutanasia plantea un problema de tipo ético, religioso y médico del morir humano al plantearse la hipótesis de un conflicto entre el valor de la vida humana y el valor de morir dignamente. Aunque para algunas culturas y religiones la eutanasia es considerada un asesinato, porque atenta contra la vida, para otros es considerada como una muerte digna o muerte sin sufrimiento físico. De hecho, hoy en día, en medicina, el respeto a la autonomía de la persona y los derechos de los pacientes son cada vez más ponderados en la toma de decisiones médicas, como lo es en el caso de España el cual ha introducido en el sistema médico un documento de voluntades anticipadas o la definitiva implantación del testamento vital, que finalmente sería una buena manera de regular las actuaciones médicas frente a situaciones hipotéticas donde la persona pierda total o parcialmente, su autonomía para decidir.

La despenalización de la eutanasia en Venezuela, no significa una obligatoriedad absoluta, sería absurdo. No se puede imponer al ordenamiento jurídico, cuyo valor primordial, es el de la vida y su mantenimiento. Por ello que el derecho, que no ha hecho un avance esencial con el vigente código penal, debiera asegurar los mecanismos para regular el acceso a la eutanasia de los pacientes interesados que cumplan unos requisitos especificados legalmente; así como de la legalidad y transparencia de los procedimientos. Por ello, parte el interés en este tema donde conociendo la situación actual de los aspectos legales en otras latitudes y en Venezuela, se pueda evaluar la factibilidad de su aplicabilidad, teniendo presente los diversos términos utilizados y de la clasificación en sí de la eutanasia. Finalmente, los autores sostienen que por ser la eutanasia activa una acción u omisión ejecutada por un médico que provoca la muerte de una forma indolora, a quien,

sufriendo una enfermedad terminal en fase terminal, la solicita para poner fin a sus sufrimientos, el debate debe partir desde esta concepción.

REFERENCIAS

Código de Deontología Médica (1985)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (2000) Gaceta Oficial N^o5453
Caracas Venezuela

Creces (2009) La Eutanasia sólo es legal en cuatro países y en California. Disponible en
<http://www.creces.cl/>

Ley del Ejercicio de la Medicina, (2011) Gaceta oficial M.^a 39.823. Caracas-Venezuela

Núñez, J. (2001). Reflexiones Sobre la Eutanasia. [Pág. 74 -77]. Editorial CODHEM

Torres T. (2014) El derecho a la eutanasia: una perspectiva global de los derechos que
asisten a los pacientes en etapa terminal y su análisis en México, (2014)

Valbuena (2012) Discusiones de la bioética: posibilidades de la eutanasia en Venezuela

LIFTING SUBCUTÁNEO CERRADO NO QUIRÚRGICO CON SUTURAS DE POLIPROPILENO

Autor: Arcadio Villegas Yépez

RESUMEN

En el presente trabajo de Investigación, el autor presenta la experiencia con su técnica personal denominada Modificación de la técnica del Face Up, una técnica novedosa de lifting facial, que, en 30 minutos, sin cirugía, sin dolor y mediante 4-5 puntos de anclaje con suturas de polipropileno, permite lograr un rápido efecto de rejuvenecimiento facial sin cicatrices. Este trabajo fue desarrollado entre febrero y noviembre de 2006, con un total de 55 pacientes, entre el Instituto Noramí International y el Instituto Clínico Universitario del Este C.A., la Primera es un Centro de Estética Integral y Docencia Ubicado en la Ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, y la segunda una Institución Clínica de cirugía plástica y estética situada en Cabudare Centro, Estado Lara, Venezuela. Los resultados Obtenidos fueron de un cambio evidente desde el post operatorio inmediato, caracterizado por el lifting de las sienes, las cejas, las mejillas y los tejidos blandos de las regiones paramaxilares adyacentes a la zona de los músculos maseteros y buccinador, que habían cedido por efecto de la foto envejecimiento o la gravedad, a través del paso de los años. El objetivo principal fue desarrollar un cambio y modificación de la técnica original del Dr. Maximiliano Flórez Méndez, la cual continuaba siendo no quirúrgica pero que superara a las ya existentes, forma duradera, segura y fácil de aplicar, la cual fue presentada por el Dr. Arcadio Villegas Yépez en el 54 st. WORD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ACADEMY OF COSMETIC SURGERY, año 2012 en Buenos Aires - Argentina.

Palabras claves: Cánula biselada, Face Up, polipropileno.

ABSTRACT

In the present work, the author presents the experience with his personal technique called Modification of the technique of Face Up, a novel technique of facelift, that in 20 minutes, without surgery, without pain and by 4-5 points of anchorage with sutures of polypropylene, allows to achieve a fast effect of facial rejuvenation without scars. This work was developed between February and November 2006, with a total of 55 patients, between the Institute Noramí International and the Institute Clinic University del Este C.A. The First is a Center of Integral Aesthetics and Teaching Located in the City of Maracaibo, Zulia State, and the second a Clinical Institution of plastic and aesthetic surgery located in Cabudare Centro, Lara State, Venezuela. The results obtained were a clear change from the immediate postoperative period, characterized by the lifting of the temples, eyebrows, cheeks and soft tissues of the paramaxillary regions adjacent to the area of the masseter and buccinators muscles, which had yielded by Effect of the photo-aging or the gravity, through the passage of the years. The main objective was to develop a change and modification of the original technique of Dr. Maximiliano Flórez

Méndez, which continued to be non-surgical but to surpass existing ones, a durable, safe and easy to apply form, which was presented by Dr. Arcadio Villegas Yépez at 54 St. WORD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ACADEMY OF COSMETIC SURGERY, year 2012 in Buenos Aires - Argentina.

Keywords: Cannula, Face Up, polypropylene.

INTRODUCCIÓN

El efecto del sol, el paso de los años, la dieta y el estilo de vida son factores que contribuyen al envejecimiento de la piel, situación inevitable que puede ser corregida o disimulada por medios quirúrgicos y no quirúrgicos, ya que en la actualidad han dejado de ser ajenos a nuestro medio. Hoy en día existen distintas opciones para atenuar estos inevitables desplazamientos y arrugas que delatan el paso de los años. Varios métodos actúan directamente sobre los tejidos faciales modificando su posición y estructura y/o la profundidad de las arrugas. Ejemplos de estos métodos son el lifting quirúrgico tradicional o laparoscópico, la utilización de los alfa o beta hidroxiaácidos, la aplicación de láser de CO2 (resurfacing), ondas de radiofrecuencia, hilos aptos, aplicación de toxina botulínica, sustancias de relleno biocompatibles, lipofilling, entre otros. Esta explosión de procedimientos no ha desalentado a la comunidad médica dedicada a la investigación en temas de estética, que persigue el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas de vanguardia, seguras, duraderas, de fácil aplicación y de menor costo, que disimulen o atenúen los efectos del paso de los años, de manera que se pueda recuperar la piel lozana, oxigenada y nutrida que alguna vez estuvo en una posición anatómica estéticamente adecuada. Con el objetivo de presentar a nuestros pacientes una opción terapéutica diferente y accesible, decidimos desarrollar una nueva técnica no quirúrgica totalmente diferente de las existentes, denominada técnica Aptos, y patentada en 1996 por el doctor GM Sulamanidze, cirujano plástico ruso, y difundida por Pierre Fournier a través de un artículo recientemente publicado (J Dermatol Surg 2002). Si bien esta Técnica no quirúrgica produce un lifting evidente, a nuestro entender no cumple con varios principios terapéuticos, entre ellos la duración de los efectos (sólo semanas en los casos más optimistas), la sensibilidad al tacto o las deformidades evidentes en el momento del desprendimiento de su posición original, al ducharse o maquillarse (cita del doctor Gustavo A. Sánchez V, California, EE.UU.). Por estos motivos, el equipo

médico del Departamento de Investigación Científica de la clínica Praxis Medical Center, dirigido por el doctor Maximiliano Flórez Méndez, se avocó a mejorar esta técnica en su principal debilidad. Así se optó por la creación de una cánula fina de acero inoxidable bisiselada y con doble luz en sus extremos.

Todos los comentarios propios de la situación que se venía viviendo, el Dr. Arcadio Villegas Yépez, afrontó el desafío de la modificación de la técnica a través del Departamento de Investigación Científica del Instituto Clínico Universitario del Este C.A., en Cabudare Centro, Estado Lara – Venezuela, con el mismo instrumental, material y métodos, técnica quirúrgica y cambio en el número de pacientes y la cantidad de incisiones de abordaje del lifting de manera que se lograra el objetivo de marcar una nueva etapa de investigación y dejarla abierta para que otros investigadores puedan mejorar dicha técnica.



Figura 1. Nótese la doble luz distal, una por el bisel y la otra sobre el cuerpo de la cánula.

(Imagen Cortesía del Dr. Flórez Méndez)

Esta cánula permite el giro dentro del tejido subcutáneo y, de esta manera, retirarla por el túnel de ingreso inicial, para obtener dos puntos fijos de anclaje, que no se modifican con el tiempo por la naturaleza del hilo y por la fuerza de sostén de la sutura. De esta manera, se restaura de forma notable la posición de los tejidos y se produce un efecto jet de rejuvenecimiento. Más importante aún es que garantiza un efecto duradero –nuestro principal objetivo– según se ha demostrado a lo largo de 10 meses de estudio.

Materiales y métodos:

- 1) Estudio prospectivo.

- 2) El universo estuvo compuesto por 55 pacientes: 42 mujeres y 13 varones, con una media de edad de 43 años; el menor tenía 32 años y el mayor, 80 años. Los pacientes fueron intervenidos entre febrero de 2011 y noviembre de 2012.
- 3) En todos los casos, los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo médico.
- 4) Se solicitaron exámenes de rutina para todos los pacientes, como hemograma completo y perfil de coagulación. 5) Se indicó vitamina K, 3 días antes de la intervención, como medida de prevención de diátesis hemorrágica, incluso en pacientes con perfil de coagulación normal.
- 5) En todos los casos se tomaron fotografías previas a la intervención de 3 vistas y 5 ángulos; frente, perfil y tres cuartos de perfil.
- 6) Se confeccionó una historia clínica detallada y personal del procedimiento, así como de los episodios diarios durante la primera semana. Se realizó un control semanal durante las 3 semanas siguientes y controles quincenales durante los 3 meses siguientes.
- 7) En todos los casos, se utilizó lidocaína al 2% en 20 mg de adrenalina, en concentraciones de 1/80.000, diluida en 20 cm³ de suero fisiológico como anestésico local y midazolam, 15 mg, 2 tableta vía oral, como sedante, previo a la anestesia local. Cabe destacar que se contó con la supervisión de un médico anesthesiólogo ante cualquier eventualidad. No fue necesaria una dosis mayor a 20 cm³ de la dilución total para lograr un adecuado bloqueo de la zona. 9) Para la realización de la técnica no quirúrgica fue necesario desarrollar una aguja biselada de 8, 10 y 12 cm, de calibre 18 a 22 mm, con doble luz en los bordes distales para el anclaje de la sutura. La aguja fue fabricada por el equipo médico del Dr. Maximiliano Flórez Méndez (Fig. 1). El material de sutura utilizado fue polipropileno de calibre 3/0 y 4/0, de acuerdo con las zonas a tratar. Se decidió usar este material por sus características fisicoquímicas: estructura sintética de monofilamento no absorbible; carácter extraordinariamente estable in vivo; no es biodegradable; provoca mínima reacción tisular y, además, posee gran resistencia a la extensión y elongación controlada, lo que garantiza, junto con la habilidad del médico y la técnica utilizada, el resultado en el tiempo.

- 8) En el período post intervención, todos los pacientes abandonaron la clínica el mismo día con un vendaje compresivo por 24 horas, así como con tratamiento antibiótico preventivo por 5 días, con cefalexina 500 mg cada 8 hs, y antiinflamatorios no esteroideos (diclofenac/paracetamol) por el mismo período.
- 9) En todos los casos, se tomaron imágenes de las cinco vistas mencionadas, a manera de control, al finalizar el procedimiento, a los 5 y 10 días, para compararlas con las de los días 15 y 30.
- 10) En todos los pacientes, se utilizó la escala visual análoga del 1 al 10 para descripción de molestias durante el procedimiento.
- 11) Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta todos los pacientes con ptosis de leve a moderada de alguna región facial, que no eran candidatos a cirugía o no deseaban procedimientos quirúrgicos de rejuvenecimiento, pacientes sometidos de ritidectomía que deseaban “un retoque”, pacientes con foto envejecimiento de leve a moderado y pacientes con dermolipodistrofia palpebral leve en región superciliar.
- 12) Fueron excluidos los pacientes con foto envejecimiento y/o dermolipodistrofia facial grave, y los que tenían problemas hemorrágicos detectados en los exámenes de laboratorio.

Técnica quirúrgica:

Se siguieron los procedimientos clásicos de asepsia y antisepsia. El procedimiento se realizó en un consultorio debidamente equipado. A) Peinado del paciente, para dejar libre de cabellos la zona en la que se inicia la tunelización, en el borde cefálico del cuadrante a trabajar. B) Marcado de la piel del rostro en las zonas a tratar, como la frontal (cola de cejas, zona 1), sienes y mejilla (zona 2), región paramaxilar (zona 3) y región del cuello (zona 4) con marcador Sharpie permanente azul/ negro punta fina, con el paciente en bipedestación. C) Colocación de campos estériles fijados a los bordes cefálicos de los cuadrantes para evitar que se desplacen. D) Bloqueo nervioso de las zonas a tratar. E) Técnica habitual: las zonas a tratar son cuatro: 1) central y cola de cejas y sienes, 2) mejillas, 3) paramaxilares y 4) cuello, en caso de ser necesario (Fig. 2).

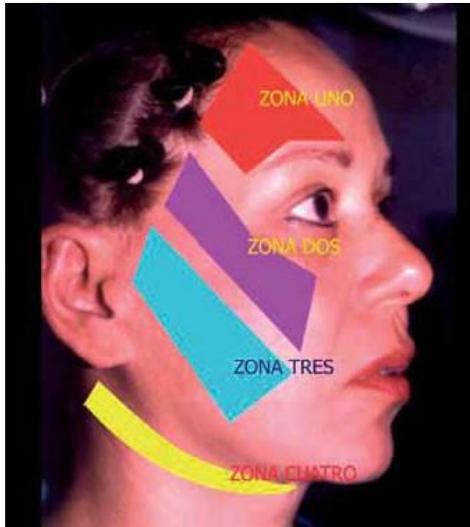


Figura 2. Zonas de lifting.

Fotografía cedida por el Dr. Flórez para Uso Educativo. Zonas quirúrgicas faciales para el Lifting No Quirúrgico Cerrado

Cada zona se graficará de forma cuadrangular para hacer más didáctica la explicación; un borde superior o cefálico (A), uno inferior o caudal (B), uno posterior o dorsal (C) y el ultimo, anterior o ventral (D) (Fig. 3).

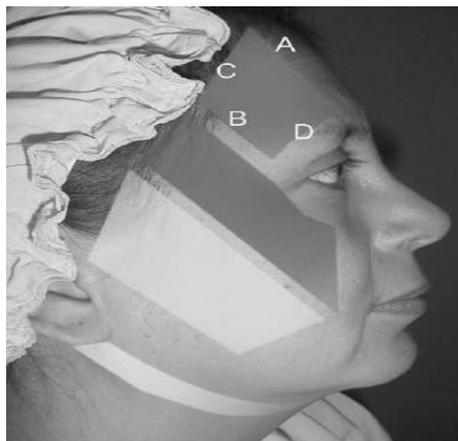


Figura 3. Límite cefálico (A), caudal (B), dorsal (C) y ventral (D).

Fotografía cedida por el Dr. Flórez para Uso Educativo.

Con el paciente en anti-Trendelenburg pronunciado y con el rostro en descanso lateral, se realiza una incisión en el borde del límite dorsal de cada cuadrante (cuero cabelludo) con hoja de bisturí N° 15 de 5 mm de longitud, por la que se ingresa la cánula

bibiselada por el extremo que no contiene la sutura, ya que ésta se encuentra en el otro bisel, a manera de aguja de costurero. Luego se desplaza la cánula por el tejido subcutáneo, siempre por encima de las aponeurosis musculares, hasta el lugar en donde se ha propuesto la salida de la misma punta, generalmente el borde ventral del cuadrante (Fig. 4).

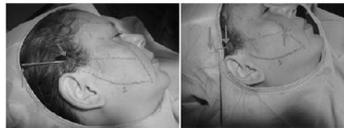


Figura 4. En el primer cuadro, nótese las flechas que indican la posición de la sutura y el borde dorsal por donde ingresa la cánula. En el segundo cuadro, nótese el borde ventral por donde emerge la aguja, en este caso, para levantar las mejillas.

Fotografía cedida por el Dr. Flórez para Uso Educativo.

Se extraen sólo tres cuartos de la cánula por este punto caudal, y el cuarto restante permanece dentro del tejido subcutáneo facial. Se gira hacia el borde ventral para formar un bucle a manera de ancla, para deslizar la cánula suavemente y colocarla paralela a la sutura de ingreso, de forma tal que el borde de la cánula que contiene la sutura pueda salir por el punto inicial. Una vez que este borde aparece, se ven los 2 cabos. Uno de ellos se fija con una pinza mosquito y la cánula se retira completamente. En ese momento se observan los cabos que han salido por el punto de inicio en el cuero cabelludo; el hilo ha girado dentro del tejido subcutáneo (Fig. 5).



Figura 5. Se observa que la mano derecha del operador toma el borde distal de la cánula en el borde ventral de la zona de la mejilla, para luego realizar un giro hacia adelante y atrás y colocarla en posición paralela al ingreso. Luego, retirará la cánula por la punta dorsal, en el borde dorsal de inicio.

Fotografía cedida por el Dr. Flórez para Uso Educativo.

Se tracciona hasta lograr el levantamiento deseado; luego se realiza un nudo de cirujano que se entierra en el cuero cabelludo, para que no quede a la vista.



(Fig. 6).

(Obsérvense los 2 cabos de la sutura saliendo por el túnel inicial A en la segunda figura.) Esto nos permite tener dos zonas de anclaje seguras; la primera, el giro sobre el propio eje en el área que se desea levantar en el plano subdérmica, y la segunda, el nudo fijo del cirujano en el cuero cabelludo; ambas constituyen dos fuerzas de reacciones encontradas (Fig. 7).



Figura 7. Se observa la tracción luego de haber realizado esta maniobra en 4 puntos de anclaje: sienes, cejas, mejillas y zona paramaxilar

El procedimiento es el mismo cuando se desea levantar otras áreas. Se recomienda realizar esta maniobra por encima de las aponeurosis, ya que es necesario un conocimiento cabal de la anatomía de la zona, que está ricamente vascularizada e inervada. Por estas áreas pasan el nervio frontal externo e interno (llamada zona

peligrosa N° 5) en la región superciliar para el levantamiento de las cejas; el nervio temporal y la arteria temporofacial y su rama temporal superficial por la zona de las sienes (zona peligrosa N° 2); y el tronco del nervio facial y sus ramas, más caudalmente en la zona de las mejillas y paramaxilares (zona peligrosa N° 4) (Shekel, 2000).

Resultados

Se intervinieron 39 pacientes en el período mencionado; se realizaron evaluaciones de 10 meses en 3 pacientes, a los 9 meses en 4 pacientes, a los 8 meses en 9 pacientes y a los 6 meses en 17 pacientes. Esto nos confiere alguna autoridad para describir los efectos a corto, mediano y largo plazo. En todos los casos, la evolución ha sido favorable. No hubo desprendimiento, pérdida del efecto tensor ni reacción alguna en los 39 pacientes intervenidos, ya a los 6 meses (Fig. 8).



Figura 8

Los pacientes catalogaron a esta técnica, desde el punto de vista de molestias durante la intervención, con un puntaje promedio de 2 en la escala visual análoga del 1 al 10. Se observó que los resultados definitivos se obtienen a las 2 semanas de realizada la intervención. Algunas veces puede aparecer una sensación de acartonamiento en la primera semana, y prurito en las zonas por donde pasa el hilo en la segunda y la tercera semana (2 pacientes), situaciones que, en estos casos aislados, desaparecieron a la tercera semana (Fig. 9).



Figura 9

La presencia del hilo no se detectó ni visual ni táctilmente desde el primer momento. De manera sorprendente, y no esperada por el equipo médico, la acomodación del tejido produjo mayor oxigenación de la piel, así como mayor aporte de nutrientes; esto se tradujo en cambios en el cutis, la coloración y la textura de la piel del rostro. Estos pacientes no manifestaron haber usado productos cosméticos por indicación médica, que produzcan este efecto después de la intervención (Fig. 10).



Figura 10

Se observó que puede aparecer equimosis leves, así como edema, en las zonas tratadas, durante las primeras 24 horas posteriores a la intervención, situación que se resuelve espontáneamente en los primeros 7 días. Antes de la intervención, los pacientes firmaron un consentimiento informado en el que se les explicó la posible aparición de estos efectos adversos. Sólo se encontró un caso de edema, de 5 días de duración, que se resolvió espontáneamente (Fig. 11).



Figura 11

No se observaron hematomas en ninguno de los casos. Se presentaron algunas complicaciones propias de la inexperiencia en la técnica, como infección de la zona de ingreso de la cánula (un solo caso) por la presencia de cabellos en el túnel inicial, que fue resuelta rápida y satisfactoriamente. La infección generó una secreción seropurulenta que drenaba por el túnel inicial, lo que no dejó secuelas estéticas ni funcionales. En tres casos, los pacientes no quedaron satisfechos con el resultado. La situación se solucionó de manera definitiva y aceptada por los pacientes con una segunda intervención.

No hubo otras complicaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El *minilifting* subcutáneo no quirúrgico mediante suturas, denominada Lifting No Quirúrgico Cerrado, *Que realizado por El Dr. Arcadio Villegas y Presentado en el 54 Congreso Mundial de Cirugía Cosmética*, en el cual considero la técnica del **Dr. Maximiliano Flórez Méndez** como una alternativa segura, eficaz y duradera para producir un efecto *jet* de *lifting* facial. Con este procedimiento, es posible rejuvenecer el rostro en 30 minutos, sin cirugía, sin dolor y a bajo coste. Esta técnica es sencilla, siempre y cuando sea realizada por manos expertas, con el equipo apropiado y con el paciente indicado. Asegura buenos resultados, que perdurarán con el pasar de los años con el efecto descrito, de manera que, con ella, podemos “detener el paso del tiempo”, al menos por unos años.

A nuestro parecer, no es necesaria la presencia de un anestesiólogo, pero como beneficio para la salud y seguridad de nuestros pacientes decidimos contar con uno. Aparentemente, la reacomodación de los tejidos produce un efecto benéfico al proporcionar mayor oxigenación y nutrición a la piel del rostro. Este tema está actualmente en estudio mediante anatomía patológica con microscopía óptica, ya que en

nuestro medio no contamos con microscopia electrónica, una tecnología de avanzada que permitiría ver en ultra estructura la reacomodación y redistribución de las diferentes capas de la piel a través de imágenes digitales microscópicas, que escapan al microscopio de luz. Se puede concluir, además, que esta técnica supera en gran medida a las ya conocidas, por la seguridad de sus anclajes y la minimización de los efectos adversos con el paso del tiempo. En conclusión, este procedimiento, que no toma más de 30 minutos, es indoloro, seguro en manos expertas y de bajo coste. El paciente puede reanudar sus actividades a las 48 horas, tiempo que se considera prudente para el reposo, por la aparición de probables complicaciones producto del esfuerzo.

REFERENCIAS

Zonas faciales peligrosas: Cómo evitar lesiones nerviosas durante la cirugía plástica facial. Brooke R. Shekel, primera edición, año 2000.

Cirugía ambulatoria de levantamiento de glúteos mediante una sutura sin cicatrices de incisión. *International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery* 2003 (1).

Suspensión facial mediante hilos aptos. *J. Dermatol Surg* 2002; 28:367-371.

Seguimiento a 4 años de la platismoplastía en hamaca. *Cir Curul* 2000; 68 (2).

Levantamiento centro facial. Concepto actualizado. *Cir Plast* 2000; 10 (2).

Procedimiento mininvasivo para la restauración del cuello. *Anales Médicos* 2000; 45 (1)

GUÍA TEÓRICO PRÁCTICA PARA LA INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA BÁSICA DEL SISTEMA ÓSEO DIRIGIDA A ESTUDIANTES DEL QUINTO SEMESTRE DE FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA

Autor: Daycar Cariño Barreto Ramos

RESUMEN

El objetivo del estudio es diseñar una guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo dirigida a estudiantes del quinto semestre de fisioterapia de la universidad Arturo Michelena en San Diego – Carabobo. En cuanto a la metodología está enmarcada en una investigación de campo de tipo descriptiva, cuantitativa, transversal de tipo prospectivo. La población y muestra intencional conformada por doce estudiantes, quienes son alumnos regulares del quinto semestre. En este trabajo se utilizó la técnica tipo diccionario dicotómico en la recolección de datos y análisis porcentual como procedimiento estadístico y además se llevó a cabo la aplicación de la guía. Se representa por medio de gráficos en forma de barras. Los resultados obtenidos demostraron variaciones significativas en cuanto a la interpretación de imágenes de Rx. Se concluyó que existe poca preparación técnica para interpretar un Rx en el área de la fisioterapia.

Palabras claves: rayos X, interpretación radiográfica, sistema óseo, densidades, guía.

GUÍA TEÓRICO PRÁCTICA PARA LA INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA BÁSICA DEL SISTEMA ÓSEO DIRIGIDA A ESTUDIANTES DEL QUINTO SEMESTRE DE FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA

ABSTRACT

The objective of the study is to design a practical theoretical guide for the basic radiographic interpretation of the bone system aimed at students of the fifth semester of physiotherapy at the Arturo Michelena University in San Diego - Carabobo. Regarding the methodology, it is framed in a descriptive, quantitative and transversal field research of a prospective type. The population and intentional sample consist of twelve students, who are regular students of the fifth semester. In this work the dichotomous dictionary type technique was used in the data collection and percentage analysis as a statistical procedure and the guide application was also carried out. It is represented by graphs in the form of bars. The results obtained showed significant variations in the interpretation of Rx images. It was concluded that there is little technical preparation to interpret a Rx in the area of physiotherapy.

Key words: X-rays, radiographic interpretation, bone system, densities, guidance.

INTRODUCCION

Planteamiento:

Se busca reforzar el aprendizaje del estudiante mediante la ejecución de una guía teórico práctica, en procura de alcanzar un alto nivel de conocimiento, complementar la preparación académica para optimizar la enseñanza y las expectativas individuales del estudiante de fisioterapia, una herramienta de estudio acorde a los requerimientos de los estudiantes que ofrezca un mejor desempeño y a la vez favorecer su autorrealización por ende una mayor cantidad de profesionales que nos representen en el mejor ámbito de la salud. Se trata de un guía teórico práctica basada en la interpretación radiográfica básica del sistema óseo, indispensable para la formación académica del fisioterapeuta sin que requiera de estudios especializados; se expone como medio simple para perfeccionar sus conocimientos, es un instrumento orientado a lograr superar el nivel de desarrollo profesional, por tanto, resulta una contribución de la metodología al estudiante.

Justificación

La fisioterapia por ser una profesión de libre ejercicio, cuyo objetivo principal es el estudio, la valoración funcional, comprensión, y manejo del movimiento del cuerpo humano, como elemento esencial de la salud y bienestar del individuo, donde el fisioterapeuta se encuentra en la capacidad de valorar las deficiencias, limitaciones funcionales, enfermedades y cambios naturales de la condición física del individuo. Al momento de diagnosticar no solo debe identificar cual es la patología que presenta el paciente si no también que estructura es la que está afectada con exactitud y por lo tanto está generando algún tipo de restricción funcional, para ello al momento de realizar la evaluación fisioterapéutica se le realizaran una serie de pruebas especiales al paciente de acuerdo a la sintomatología que presente, dichas pruebas dependiendo del resultado ya sea positivo o negativo de ayudaran a identificar cual es la lesión.

Sin embargo, se debe contar con estudios paraclínicos más especializados que ayuden a corroborar y sustente cualquier diagnóstico que se haya elaborado posterior a la evaluación fisioterapéutica lo cual permitirá que se efectúe el tratamiento preciso y más idóneo para cada patología. De acuerdo con lo anterior, contar con guía básica de interpretación

radiográfica es de gran ayuda para el estudiante porque le sirve de complemento para reforzar los conocimientos y como instrumento de estudio a la hora de que requiera esclarecer cualquier duda.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Aplicar Guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo dirigida a estudiantes del quinto semestre de fisioterapia de la Universidad Arturo Michelena en San Diego – Estado Carabobo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Realizar una encuesta para diagnosticar el nivel de conocimientos de cada uno los estudiantes, antes y después de aplicar la guía teórico práctica.
- 2.- Diseñar una guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo que le brinde los conocimientos necesarios al estudiante.
- 3.- Reevaluar y verificar los resultados de la aplicación de la guía teórico práctica en los estudiantes de quinto semestre de fisioterapia.

Teoría

La radiografía (de *radio*: radiación y *grafos*: imagen o dibujo), descubierta en el siglo XIX por el físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen, quien para esa época también desempeñaba el cargo de rector en la Universidad de Wurzburg, quien tras realizar varios experimentos en el año de 1895, luego de trabajar con tubos de rayos catódicos sometidos a diferencias de voltaje, finalmente descubre que estos emitían un tipo de radiación capaz de penetrar los diversos materiales tomando en cuenta una distancia considerable, al observar tal hallazgo inicia experimentos en diversos materiales y prestar atención muy detenidamente sobre el efecto que causaban en los mismos, es allí donde intenta experimentar sobre tejido humano, obteniendo como resultado la primera radiografía de la historia y decidió denominar la técnica con el nombre de Rayos X, (Rx).

Una vez obtenida la imagen es importante considerar que existen cinco densidades básicas que se observan en una radiografía, como son, el aire quien atenúa muy poco el haz proveniente de los Rx lo que permite que casi toda la energía inicial del haz oscurezca la película por lo tanto este surge de color negro. Sin embargo, la densidad ósea y la densidad de los metales llegan a aminorar casi en su totalidad el haz del Rx, lo que permite que muy

poca radiación llegue a oscurecer la película. Debido a esto, el sistema óseo por su alto contenido de calcio y los objetos metálicos aparecen en tonalidades blanquecinas en las radiografías. A diferencia de la grasa y los tejidos blandos quienes llegan a atenuar cantidades intermedias del haz de los rayos y por lo tanto se les puede observar entre el blanco y el negro, como un espectro entre densidades de grises.

De este modo, el estudio radiográfico se convierte en unos de los procedimientos diagnósticos mayormente solicitados por especialistas debido a que es una de las técnicas más económicas, rápidas, fáciles de realizar y al mismo tiempo brinda información importante para el diagnóstico del paciente, tomando en cuenta, que esta puede arrojar la suficiente información inicial y dicha información en alguno de los casos puede llevar a un diagnóstico definitivo. Sin embargo, para que haya una interpretación exacta de los hallazgos en la misma, esta tiene que contener una precisión de la impresión diagnóstica del clínico. De acuerdo con esto la petición del estudio radiográfico debe incluir los datos necesarios para así aclarar con exactitud cuál es el problema que se desea esclarecer.

De esta manera es importante que el fisioterapeuta obtenga conocimientos de ciertos procedimientos que se llevan a cabo para ayudarlo a alcanzar un diagnóstico más certero, como es el caso de la utilización de imágenes radiográficas o Rx. Esto le ayudará a verificar el diagnóstico médico, y comprobar los resultados de las diferentes pruebas especiales que se realice al paciente, y por tanto podrá ejecutar un plan de tratamiento enfocado con razón a la patología, de este modo la recuperación será más rápida y satisfactoria para el paciente, es por ello que la radiología es un recurso para el ejercicio de la profesión que ofrece como apoyo al fisioterapeuta.

De allí surge la necesidad de desarrollar una guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo dirigida a estudiantes del quinto semestre de Fisioterapia de la Universidad Arturo Michelena, con el fin de que los educandos estén capacitados con el manejo eficaz de la interpretación de las imágenes radiográficas, para ello en la guía se le suministrará la información necesaria de manera precisa y de fácil comprensión, con lo que no requerirá de la explicación de un especialista en el área al momento de seleccionarla como instrumento de estudio.

Asimismo, también le brindará un aporte académico de gran utilidad al estudiante al momento de evaluar al paciente, se ofrece como una herramienta adicional para realizar un

diagnóstico preciso, por lo que contribuye a mayor seguridad al momento de establecer y ejecutar un plan de tratamiento. De esta manera los objetivos específicos que se han de cumplir durante el desarrollo de este proyecto son en primera instancia diagnosticar el nivel de conocimientos referentes a interpretación radiográfica del sistema óseo en los estudiantes y finalmente diseñar una guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo para luego reevaluar y verificar los resultados.

Método

El estudio está enmarcado en una investigación de campo, ya que los datos son obtenidos directamente de la realidad. Por ello, el investigador tiene la oportunidad de estar en contacto directo con la población objeto de estudio, en el lugar donde se producen los hechos. En cuanto al tipo de investigación es descriptiva, describe el comportamiento de situaciones, eventos, persona o grupo en el presente. Además, se sustenta en la revisión bibliográfica para comprender aspectos teóricos, conceptuales vinculados al estudio, en las fases de registro, análisis e interpretación de la información; de esta manera la investigación es cuantitativa debido a que todos obtenidos son medibles y por consiguiente es transversal de tipo prospectivo debido a que los resultados se obtendrán en el futuro.

Con relación al universo o población objeto de estudio, lo conforman estudiantes regulares del quinto semestres de fisioterapia, tanto del sexo femenino como masculino, ya que debido a su nivel intermedio en dicha carrera universitaria es fundamental obtener los conocimientos básicos necesarios para la lectura e interpretación radiográfica, de este modo les serán de gran utilidad ya que en este periodo se inician las prácticas clínicas. Asimismo, para los que decidan optar por el título de Técnico Superior Universitario (TSU) o los que deseen continuar sus estudios y obtener el título de licenciados. Con respecto a los parámetros de exclusión son los alumnos irregulares que a pesar de cursar alguna asignatura correspondiente al quinto semestres al mismo tiempo tengan asignaturas pendientes de semestres anteriores lo que le impedirá la iniciación de las prácticas clínicas, esto ayudara a obtener una investigación más detallada de la necesidad que requiera el estudiante.

La variable estudiada fue la guía teórico práctica, interpretación radiográfica básica y el sistema óseo, El método de recolección de datos utilizado fue la técnica de cuestionario de preguntas dicotómicas con las opciones de respuestas SI – NO. Este consta de 12 ítems, que

son orientados a describir factores determinantes que permiten diagnosticar la necesidad de la aplicación de una guía como posible herramienta para ampliar los conocimientos y sea un aporte positivo para la formación académica en la fisioterapia.

Este instrumento será sometido al juicio de expertos y validado por los mismos, un metodólogo y dos licenciados en fisioterapia, de acuerdo a la opinión de ellos el cuestionario se encontraba conforme a los objetivos de la investigación y fue aplicado, luego en base a los resultados se procedió a realizar el cálculo para determinar la confiabilidad del instrumento arrojando una confiabilidad de 0.82 según el coeficiente Kuder-Richardson.

Entre los recursos materiales disponibles para la evaluación y aplicación de la guía teórico práctica están el aula de clase, pupitres, escritorio, video beam, computadora, bolígrafos, hojas, cámara fotográfica; finalmente el recurso humano del investigador para la aplicación de la guía y realizar las evaluaciones.

Análisis

Los resultados presentados señalan diferencias significativas como elementos de apoyo al diagnóstico. Para la interpretación adecuada de la información y mayor comprensión de los resultados es utilizada la técnica estadística análisis porcentual.

La investigación surge debido a la falta de información en cuanto a la preparación ilustrada con respecto a la interpretación de imágenes de Rx se refiere, en los estudiantes de fisioterapia, siendo esta una herramienta fundamental para su desarrollo profesional ya que le permite realizar una exploración exhaustiva y por lo tanto lograr un diagnóstico puntual, lo cual le ayudará a establecer un protocolo de tratamiento adecuado y por ende tener mayor seguridad en cuanto a la toma de decisiones para el mismo y así el paciente se sentirá en plena confianza con el profesional que le está ejecutando el abordaje fisioterapéutico. Durante el tiempo en que se llevó a cabo la investigación se pudo notar la carencia de conocimiento referente al tema en los estudiantes del quinto semestre.

Basado en lo antes dicho se realizó una guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo dirigida a estudiantes del quinto semestre de fisioterapia de la Universidad Arturo Michelena, en la cual se obtuvo un resultado excelente tras 8 semanas de aplicación donde se realizaron sesiones educativas abarcando diversos temas de gran importancia que le brindaron al estudiante los conocimientos

necesarios para llegar a realizar la lectura e interpretación de un Rx con mayor precisión y a diferenciar cada una de las estructuras que conforman el cuerpo humano haciendo énfasis en el sistema óseo, que fue el tema de estudio en cuestión.

El tema de estudio despertó un gran interés en los estudiantes, de esta manera se comprueba que se cumplió con el objetivo principal de la investigación el cual es aplicar la guía teórico práctica para la interpretación radiográfica básica del sistema óseo a estudiantes del quinto semestre de fisioterapia de la Universidad Arturo Michelena.

CONCLUSIÓN

En base a lo antes expuesto se concluye conducente hacia el logro de los objetivos generales y específicos formulados en la investigación; la interpretación radiográfica es importante en la preparación académica del fisioterapeuta, ya que le permitirá gozar de un mejor desarrollo y desempeño profesional. Debido a que los estudiantes de fisioterapia no poseen conocimiento ni la preparación necesaria si de interpretación de imágenes radiográficas se refiere, por lo que se considera necesario reforzar los conocimientos acerca de este tema, de la misma manera que existe la disposición por parte de los estudiantes a participar en la impartición de erudiciones, así mismo se puede decir que de acuerdo a los resultados obtenidos a través del estudio pueden servir como base de sustentación a futuros investigadores tanto a la universidad como a los investigadores sociales para continuar abarcando en el campo de la fisioterapia el tema de la interpretación y lectura de imágenes radiográficas. Sin embargo, se recomienda continuar reforzando el aprendizaje obtenido en pro de su desarrollo profesional y académico.

REFERENCIAS

1. Pedrozo, P. Jhon. Principios Básicos en la Interpretación de la Radiología del Tórax, una Guía Práctica Para el Clínico.
2. Jeffrey, A. Salomón. Radiología Secretos. Producciones Zulkito. Perú. 2010.
3. Gabriel. González, S. Carolina. Rabin, L. Para Entender Las Radiaciones. Editorial DIRAC. Montevideo. 2011.
4. Manual de Interpretación Radiográfica Para el Medico General. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1985.

5. Diccionario Médico. McGraw. Hill. 26^a Edición. Editorial Interamericana de España. Madrid. 2003.
6. Ley Del Ejercicio De La Fisioterapia. Gaceta oficial N° 38.985. Caracas Venezuela. 2008.
7. Carlos. Carrera. Mariagabriela. Rodríguez. Guía teórico practico de procedimiento para la lectura e interpretación de imágenes radiológicas para estudiantes de quinto semestre de fisioterapia de la Universidad Aturo Michelena. San Diego Estado Carabobo. Venezuela. 2011.
8. Hungler, B. Polit, D. investigación Científica en ciencias de la salud. MC Graw Hill. México. 2000.
9. Bontrager. Kenneth, L. Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica. 5^a Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2004.
10. Ryan. McNicholas. Eustace. Radiología Anatómica. Editorial Marbán.
11. Manuel. Sanz, M. Alfredo, R. Velillas. Atlas Básico De Anatomía Radiológica. Editorial Enantyum.
12. Eugene, D. Frank. Bruce, W. Long. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. 11^a Edición. Editorial Elzevir.

LA PSIQUIS DEL PRIVADO DE LIBERTAD, ELEMENTOS ENDOGENOS Y EXOGENOS

**Autores: Karol Nazareth Viera
Fidel Octavio Vieira**

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar la psiquis del privado de libertad, elementos endógenos y exógenos, según la fuente este trabajo de investigación es de tipo documental, bajo el nivel de investigación descriptiva, con enfoque jurídico. En cuanto a las técnicas de recolección de datos de acuerdo al tipo de investigación y del problema planteado la fuente empleada se adoptará las técnicas de resumen analítico y análisis crítico para situar la estructura y contenidos básicos de los textos consultados, para conocer ¿por qué una persona comete un delito? Desde una perspectiva individual es necesario conocer el trabajo de las diferentes ciencias auxiliares de una investigación criminalista como lo es la, biología, psiquiatría o psicología por mencionar algunas, esto para entender cada uno de los factores y causas criminológica que dieron origen al desarrollo de dicha conducta antisocial, este fenómeno se estudia de acuerdo a dos vertientes muy importantes como los factores endógenos y exógenos de un individuo, en líneas generales las circunstancias de una conducta antisocial van a ser totalmente diferentes a cada sujeto. Por otra parte, las medidas de prevención, tratamiento y reinserción de un sujeto antisocial a una sociedad con valores morales y sociales, de acuerdo con este fenómeno se debería realizar con personas que se encuentran en prisión y no sólo con la que no lo están, asimismo se debe implementar medidas que busquen encontrar y dar solución a los factores que ponen en riesgo al individuo y disminuir los altos índices de criminalidad.

Descriptor: endógeno, exógeno, psiquis, privado de libertad.

ABSTRACT

The purpose of this research work is to analyze the psyche of the deprived of freedom, endogenous and exogenous elements, according to the source, this research work is documentary, under the level of descriptive research, with a legal approach. Regarding the techniques of data collection according to the type of research and the problem posed, the source used will be the techniques of analytical summary and critical analysis to place the structure and basic contents of the consulted texts, to know why a Does a person commit a crime? From an individual perspective it is necessary to know the work of the different auxiliary sciences of a criminal investigation as it is, biology, psychiatry or psychology to name a few, this to understand each of the factors and criminological causes that gave rise to the development of said antisocial behavior, this phenomenon is studied according to two very important aspects such as the endogenous and exogenous factors of an individual, in general the circumstances of antisocial behavior will be totally different to each subject.

On the other hand, the measures of prevention, treatment and reinsertion of an antisocial subject to a society with moral and social values, according to this phenomenon should be carried out with people who are in prison and not only with those who are not, Likewise, measures must be implemented that seek to find and solve the factors that put the individual at risk and reduce high crime rates.

Descriptors: endogenous, exogenous, psyche, deprived of liberty.

INTRODUCCIÓN

La conducta humana comprende el resultado de una compleja e intrincada interacción de factores: biológicos, sociales, culturales e históricos, de la mutua influencia de la dotación genética y de las experiencias sociales y de la herencia cultural. Asimismo, la conducta que asume el delincuente está vinculadas estrechamente a determinantes internos endógenos (biológicos) y exógenos (sociales) los cuales explican su conducta infaliblemente. La psiquis del individuo al inicio de la vida es buena; se corrompe o se pervierte por las equivocadas copias o imitaciones del medio social cuando este ambiente está estragado. El estudio del delito, como acción humana, determina no solamente el análisis del acto en sí, como acción jurídica, sino también el estudio de aquel que lo comete: su autor.

La Criminología como disciplina estudia al delito y su autor, sus causas intrapersonales y ambientales cercanas y remotas, para explicar su origen y prevenir la comisión de infracciones y la aparición de nuevos delincuentes. Con respecto a la psiquiatría es la rama de la Medicina que se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y de los trastornos de la conducta humana. Cabe destacar que la Psicología es una ciencia que estudia la conducta y conciencia humanas navegando entre la aproximación de las ciencias sociales, por una parte, y las ciencias naturales, por otra. En efecto, la Psicología ha de compartir su objeto de estudio, en cuanto se trata de conducta, con un amplio elenco de ciencias hermanas como la sociología, antropología, la fisiología y las ciencias del cerebro.

El presente trabajo tiene como objetivo describir los elementos endógenos y exógenos que inciden en la conducta de los privados de libertad, para la redefinición de esta investigación es preciso saber que se encuentra un sistema nacional de seguridad, el cual es el que debe atender y garantizar la seguridad ciudadana, entendida como la preservación de derechos y libertades reconocidas a las personas. A tal efecto, se exponen los elementos de un modelo de seguridad ajustado a los principios constitucionales de un Estado social y

democrático de Derecho, y se pone en relieve la importancia del estudio de la política pública nacional de seguridad ciudadana, por ser ésta un buen revelador de los valores y objetivos del Estado en la materia.

El ser humano es particularmente complejo, es el centro de la creación, dueño y responsable de sus actos. La conducta comprende una serie de características donde se manifiesta con sentimientos, pensamientos y expresiones. En la actualidad, los problemas en la sociedad son diversos en sí, el estudio del delincuente a nivel psicológico, bajo el objeto debe ser tomado como un fenómeno unitario y complejo, asimismo se afirma que las carencias intelectuales en tanto a su desarrollo pueden ser causas de conductas antisociales, radicalmente por la falta de entendimiento de los principios morales y jurídicos; no se vive en un mundo perfecto, esto es utópico ciertamente, pero muchas de las consecuencias que emergen de las noticias, diarios, reportajes tienen su causa en factores graves como la pobreza y desigualdad, falta de democracia y el consiguiente abuso de derechos y la tiranía de los gobernantes.

El estudio de los delincuentes demuestra que en el carácter de algunos predominan las anormalidades morales, en otros las intelectuales y en algunos las volitivas. En este sentido, se manifiesta la personalidad, se demuestra que las perturbaciones de la mente humana aparecen o radican esencialmente en varios de los modos funcionales de la psiquis, resaltando la predominancia o desigual importancia diversamente en cada individuo. El problema penitenciario es un inconveniente para el cual no ha existido en Venezuela una preocupación fuerte y definitiva, los establecimientos carcelarios sirven mejor para instrumentos de destrucción física y moral que para lugares de enmienda y reconstrucción espiritual del procesado. La prisión y el hecho de estar privado de libertad dan lugar y obligan al sujeto a una resocialización, adaptándose a este nuevo entorno.

La población penitenciaria en Venezuela continúa con la tendencia de los últimos años hacia el aumento y con un alto porcentaje de privados de libertad en condición de procesados como consecuencia de las políticas de seguridad ciudadana centradas en el encarcelamiento, el retardo procesal en el sistema de administración de justicia y la entrada en vigencia de reformas al Código Orgánico Procesal Penal que cada vez restringen más la posibilidad de juicios en libertad.

Justificación

Los establecimientos penales venezolanos deben crearse y organizarse en armonía con nuestra constitución social, o sea, de acuerdo con los resultados que otorgue la observación del medio criminógeno y de la psicología de las personas que incurrir en un hecho anti jurídico. Así mismo, el delincuente es un ciudadano, que no ha perdido sus derechos.

Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas reacciones fisiológicas comportamentales que se desencadenan las emociones son innatas, mientras otras pueden adquirirse. Es por tales razones que el privado de libertad adquiere su conducta tanto a nivel interno y externo, puede o no demostrar su estado de ánimo, bien sea que puede ser aquel individuo que coloque a un lado sus emociones para asumir la realidad de las experiencias que vive dentro de un recinto penitenciario, como también puede ser aquel individuo que reacciona de forma violenta y agresiva por estar encerrado sin poder obtener algún objeto que le cause beneficio o satisfacción, de aquí el estudio de la psiquis en lo exógeno y lo endógeno.

Marco Metodológico

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En este caso fueron aplicadas las técnicas de investigación documental, haciendo una revisión minuciosa de todas las fuentes disponibles tales como jurisprudencias, libros, Internet, entre otros. En función de los datos indagados. En relación a las ideas asumidas por los autores de la fuente empleada se adoptará las técnicas de resumen analítico y análisis crítico para situar la estructura y contenidos básicos de los textos consultados. Con el propósito de descubrir la infraestructura del texto analizado, se empleará la técnica de resumen analítico para identificar los elementos que constituyen el plan del autor y precisar los elementos claves del tema. Asimismo, esta técnica se persigue analizar la coherencia interna de los postulados del texto, así como revelar la fuerza o debilidad de sus planteamientos, contradicciones, lagunas u omisiones.

Técnicas Operacionales para el Manejo de las Fuentes Documentales

En el presente estudio se utilizó las técnicas operacionales propias de la investigación documental, tales como el subrayado para diferenciar conceptos o definiciones de ciertos

autores y para señalar los puntos centrales o de importancia de las tesis expuestas, también con el fin de resaltar las ideas principales y aislarla del resto del trabajo. La técnica del fichaje para acumular datos, recoger ideas, referencias bibliográficas, tomar textualmente algunos fragmentos del texto original resumir ideas expresadas en el texto. Las notas de referencia se utilizarán con el fin de aclarar, desarrollar más estrechamente una idea expuesta o bien referir documentos bibliográficos. Finalmente, para el desarrollo o demostración de una idea o aspecto determinado servirán las citas textuales como punto de apoyo.

CONCLUSIONES

La sociedad es un conjunto de seres humanos, muy diversos en sus maneras de pensar y de actuar. En el proceso histórico de estudio de otros fenómenos sociales y psicosociales, el estudio del delito ha ido ampliándose a campos y perspectivas cada vez más amplios y diversos en función de los retos de conocimiento científico que investigadores y otros agentes sociales se han ido planteando a lo largo del tiempo. En efecto, para conocer el porqué de la comisión de un delito desde una perspectiva individual es necesario conocer el trabajo de las diferentes ciencias auxiliares de una investigación criminológica como lo es la sociológica, biología, psiquiatría o psicología.

El objetivo del estudio de estos factores criminógenos en un individuo es poder obtener las medidas de prevención, tratamiento y reinserción de un sujeto antisocial a una sociedad con valores morales y sociales, en la actualidad, este fenómeno solo se realiza con personas que se encuentran en prisión y no con la que no lo están, es por ello que se deben de implementar medidas que busquen encontrar y dar solución a los factores que ponen en riesgo al individuo y dar solución a los altos índices de criminalidad. El fortalecimiento a la educación, a la vivienda, a las oportunidades laborales, desarrollaran mejores condiciones de vida, las mismas se verán reflejas en una Venezuela más productiva y competente a nivel internacional, con mejores seres humanos que contribuyan al desarrollo del País, y, sobre todo, el problema que hoy nos ocupa, el de reducir la criminalidad. Sin duda, no hay factor único que orille a la criminalidad, la diversidad, interacción y dinámica, constituyen elementos decisivos para la formación de la conducta criminal. Finalmente, toda función educativa, ya sea adiestramiento, capacitación, desarrollo o entrenamiento, tiene por objeto

crear personas de provecho y por lo tanto crear personas que sean de utilidad para la comunidad y para todo el país.

Recomendaciones

Promover políticas más efectivas e integrales frente al delito, y no continuar reaccionando a posteriori por medio de los sistemas de justicia penal. Las políticas deberían comprender una amplia prevención primaria, con acciones en todos los ámbitos del bienestar social, las cuales procuren que los beneficios del desarrollo lleguen a todos los sectores de la población promuevan la integración, y no la exclusión de los sectores pobres y marginales, al considerar que a la problemática la acompañan los fenómenos de corrupción, desempleo, explosión demográfica, violencia, así como pérdida y sustitución de valores.

El Estado, debería conceder alta prioridad a la prevención del delito y la justicia penal mediante, entre otras cosas, el fortalecimiento de los mecanismos nacionales de prevención del delito y la asignación de recursos adecuados. Es igualmente necesario proseguir el estudio del delito y de la delincuencia en relación con los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como investigar tanto las formas tradicionales como las nuevas formas de delincuencia. El Estado debería intensificar sus esfuerzos para conseguir la mayor participación posible del público en la prevención del delito y la lucha contra la delincuencia, y con ese objeto, adoptar medidas para desarrollar lo más posible la educación de dicho público.

Asimismo, El Estado, deberá contemplar que su fin y realización frente a la Sociedad está sujeto indisolublemente a un concepto de Seguridad Democrática, expresado en el debido equilibrio y recíproco respeto de las funciones y formas de proceder de sus elementos constitutivos a saber: EL TERRITORIO, EL GOBIERNO Y LA POBLACIÓN. De modo que un Estado es seguro cuando cuenta con un sistema jurídico apto para reaccionar eficaz y coherentemente ante las amenazas a cada uno de sus elementos constitutivos.

En lo relativo a los sistemas de justicia penal, se considera necesario mantener el equilibrio adecuado de los tres subsistemas policial, judicial y penitenciario, que asegure una adecuada relación funcionario - número de habitantes para cada uno de ellos, así como

la coordinación de la labor y la formación interdisciplinaria de los operadores de los tres sectores.

Es importante proveer apoyo y capacitación a las comunidades para desarrollar programas que contribuyan a la reducción de la violencia y a la construcción de comunidades más seguras.

El Tratamiento Penitenciario, es poco tratado, sin embargo, la Psiquiatría Forense en nuestro país tradicionalmente ha servido como diagnosticadora y no como tratante. Es hora de aunar esfuerzos para lograr de esta disciplina una sola, bajo un mismo enfoque, que debe incluir tanto lograr la determinación del estado mental y su relación con el delito, como el tratamiento adecuado, pronosis y recomendaciones sobre el procesado o el penado.

REFERENCIAS

Alvarado Y. y Aponte F. (2012). Psiquiatría Forense, Penitenciaria y Criminología. 2da Edición. Editorial: Livrosca, C.A. Venezuela.

Arias F. (2006). El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica. Caracas, Venezuela: Episteme.

Cabrera V. (2002). Sanidad Interior un acercamiento bíblico. Editorial Mundo Hispano. EE.UU. de A.

Código Orgánico Procesal Penal. Decreto N° 9.042 12 de junio de 2012.
http://www.mp.gob.ve/LEYES/CODIGO_OPP/index.html

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial 36.860 de fecha: 30 de diciembre de 1999.
http://unefm.edu.ve/web/motor_constitucion/constitucion.pdf [febrero 2016].

Galindo C., y L. J. (2001). Sabor a ti: metodología cualitativa en investigación social. Universidad Veracruzana, México.

Gamboa F. (2015). Tesis de Grado. La Vulneración de Derechos a las Personas Privadas de la Libertad y su Incidencia Social en el Ecuador. Ecuador.
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/406/1/TUAAB058-2015.pdf> [enero 2016].

- Hernández, Fernández y Baptista. (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Hikal W. (2011). Criminología Etiológica – Multifactorial. Los factores Criminógenos. Editorial Flores Editor y Distribuido. México D.F.
- Hochman, E. y Montero, M. (2000). Investigación Documental, técnicas y procedimientos. Caracas: Panapo.
- Ley de Régimen Penitenciario. Gaceta Oficial De La República Bolivariana De Venezuela Numero 36.975 Caracas, lunes 19 De junio Del 2000. <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/07.-Ley-de-R%C3%A9gimen-Penitenciario.pdf> [febrero 2016].
- Martínez S. (2012). Trabajo de investigación. Influencia del Sexo y la Conducta Antisocial-Delictiva sobre los Rasgos de Personalidad en Adolescentes Infractores. Barquisimeto, Venezuela. <http://bibhum-artes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGBF723VM372012.pdf> [febrero 2016].
- Palella, S. y Martins, F. (2010). Metodología de la investigación cuantitativa. Fedeupel. Caracas.
- Peset, J. (1989). Ciencia, vida y espacio en Iberoamérica. Editorial Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid
- Rodríguez, A. (2012). Los factores criminógenos en el territorio nacional. Editorial Palibrio.
- Rodríguez, L. (1981). La Ciencia Criminológica. 2da Edición. Editorial Porrúa, S.A. México.
- Sabino C. () El Proceso de Investigación.
- Tamayo y Tamayo (2003). El proceso de investigación científica. México: Editorial Limusa.
- Trigo E. (2014). Historias Motricias. 2da Edición. España- Colombia.

Varela C. (2012). Tesis de Grado. La Rehabilitación de los Privados de Libertad en la Penitenciaría Nacional de Honduras “Dr. Marco Aurelio Soto”. Costa Rica. <http://www.uci.ac.cr/Biblioteca/Tesis/PFGMCSH42.pdf>

Autores: Karol Nazareth Viera Sequeda, Ingeniera de Sistemas Instituto Universitario Antonio José de Sucre Año 2007.

Universidad de la Fuerza Armada Nacional. Unefa Año. 2015, Maestría en Gerencia de las Telecomunicaciones.

Caribbean University International, Maestría en Ciencias Forenses y Criminalística. Año 2016.

Fidel Octavio Viera Tovar, Abogado en Ejercicio Penalista, Egresado de la Universidad Ezequiel Zamora Año 2008.

Caribbean University International, Maestría en Ciencias Forenses y Criminalística. Año 2016.

GUIA PRÁCTICA PARA USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DEL ESTADO YARACUY

Autor: Pedro Hernández

RESUMEN

La finalidad de este estudio tuvo por objetivo el diseño de una Guía práctica para uso del consentimiento informado dirigida al personal de salud del Estado Yaracuy. El estudio se basa bajo un paradigma cuantitativo mediante una investigación de campo de carácter descriptivo en la modalidad de proyecto factible; la metodología fue de campo, puesto que se presentan, se describen, analizan e interpretan los datos obtenidos en el estudio y el nivel es descriptivo, porque se detallan los acontecimientos. La obtención de los datos de este trabajo fue aportada por una muestra representativa de 25 sujetos profesionales de la salud de una población de 3.200 médicos que laboran en el Estado Yaracuy según el presidente del colegio de médico del Estado Yaracuy Dr. Maluff, Checre (2014). Para la obtención de información ésta se recolectó a través de la aplicación de técnicas como la observación directa, así mismo el instrumento aplicado fue el cuestionario con varias alternativas. Una vez recolectada la información se analizó y tabulo representándose en cuadros y graficas de frecuencias, luego se evidencio que tanto el personal de salud como los pacientes están en la mejor disposición para entablar mejores relaciones interpersonales en cuanto al consentimiento informado, las cuales serían orientadas por el médico. Se concluye que, a través de la elaboración de la guía, se espera que los médicos tomen conciencia sobre la necesidad, aplicabilidad y utilidad del consentimiento informado y las responsabilidades civiles, penales y éticas de no utilizarlo.

Descriptores: Guía Práctica, Consentimiento informado, relación médico-paciente.

ABSTRACT

The purpose of this study was to design a practical guide for the use of informed consent addressed to health personnel of the Yaracuy State. This study is based on a quantitative paradigm through a field investigation of descriptive character in the feasible project modality. The methodology was field, since the data obtained in the study are presented, described, analyzed and interpreted and the level is descriptive, because the events are detailed. The obtaining of the data of this work was contributed by a representative sample of 25 professional subjects of the health of a population of 3.200 doctors who work in the Yaracuy State according to the president of the Yaracuy State Medical College, Dr. Maluff, Checre (2014). This information was collected through the application of techniques such as direct observation, Likewise the instrument that was applied was a questionnaire with several alternatives. Once collected, the information is analyzed and tabulated and was represented by tables and frequency graphs, then it was shown that both health personnel and patients are in the best disposition to have better interpersonal relationships regarding informed consent, which would be guided by the doctor. It is concluded that through the

elaboration of the guide, the doctors would become aware of the need, applicability and utility of informed consent and the civil, criminal and ethical responsibilities of not using it.

INTRODUCCION

La práctica médica exige del profesional de la medicina que en forma individual o en conjunto con su equipo de trabajo, informe a los pacientes acerca de la naturaleza y las implicaciones que pudiera tener la práctica que se les va a realizar; la conveniencia de efectuarla; las diferentes opciones o vías que se emplean para ejecutar un determinado procedimiento; así como los posibles riesgos y las consecuencias que se derivan de tal práctica; el tratamiento que se le va a suministrar o aplicar y los posibles resultados favorables o adversos. Asimismo, en la historia clínica, el médico debe dejar constancia de esto, es decir, de haberle proporcionado al paciente esta información de forma clara, precisa y directa, a su vez, el paciente como una demostración de haberla recibido y comprendido avala con su firma lo expuesto en la citada historia. Esta explicación dada por el médico tratante al paciente es lo que se denomina Consentimiento Informado (CI) y es un derecho que asiste a toda persona que solicite ser atendida en un centro asistencial sea este público o privado.

En términos generales, Toro (2008), el CI se define como "la aceptación por parte de un enfermo, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica"(p1); o bien como lo conceptualiza la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que señala que es aquel consentimiento "que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda" (p.30). De acuerdo con estas definiciones, el CI constituye, entonces, un instrumento que garantiza a la vez que protege la autonomía del paciente y debe firmarse antes de la intervención médica, pues de lo contrario, si se obtiene después de efectuada, el documento carecería de valor legal. Conviene destacar en este punto que el CI no exonera de una mala praxis, ni tampoco obliga al médico a ejercer una medicina a la defensiva.

Por lo tanto, según Da Costo y Otros (2009), la información médica es un derecho de los pacientes, porque constituye uno de los pilares sobre los que se asienta la relación médico-paciente, ya que forma una parte importante del acto asistencial y es un proceso que se debe

garantizar y emprender las acciones necesarias para que los pacientes puedan participar activamente en la toma de decisiones y estén satisfechos con esta información (p.30).

El documento de (CI), no es más que el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante haya sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente, sirviendo como fundamento legal y ético. Con base en lo expresado, el motivo de la investigación fue la elaboración de una guía para la correcta aplicación del consentimiento informado por parte del personal de salud, para que el profesional de salud conozca algunos conceptos sobre derecho médico, el marco jurídico del consentimiento informado y consecuencias de no utilizarlo. De manera que de poseer los profesionales de salud conocimientos en el área de derecho medico específicamente sobre consentimiento informado, podrían desempeñar su labor de manera más eficiente y segura, con claros beneficios para la salud de los pacientes y de la institución donde labora.

El objetivo que se planteó en esta investigación responde a un estudio de tipo descriptivo con un diseño de campo, ya que los datos se recolectaron directamente de la realidad, tal como lo plantea Hurtado (2007), al señalar que “los estudios de campo son aquellos cuyos datos son extraídos del contexto que se está estudiando”. (pag.36). Este estudio se circunscribe en este tipo porque permitió, explicar, registrar y analizar las actividades que hoy en día se desarrollan en el proceso del consentimiento informado, según lo señalan, Hernández, Fernández y Batista (2008), “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”. (p.55).

En este sentido, lo que se pretendió fue describir los procedimientos para la aplicación del consentimiento informado a través de la realización de una guía práctica para uso del consentimiento informado dirigida al personal de salud del Estado Yaracuy. El marco metodológico del presente estudio estuvo referido a elaborar una guía práctica para uso del consentimiento informado dirigido personal de salud del Estado Yaracuy, está en la instancia que alude al momento tecno-operacional que está presente en todo momento de investigación, por lo que es necesario situar detalladamente el conjunto de métodos, técnicas y protocolos instrumentales que se emplearon en la recolección de datos requeridos en el estudio y dar respuesta a los objetivos propuestos. En el estudio se asumió el método científico, según lo señala Arias (2008), “implica observar y describir el comportamiento de

los sujetos sin influir en ellos de ninguna manera” (p.57). Tal como se realizó en la aplicación del estudio a los profesionales de salud del Estado Yaracuy.

La investigación social cuantitativa está directamente basada en el paradigma explicativo que según Hernández (2006), el enfoque cuantitativo “siguen un patrón predecible y estructurado y utiliza la lógica o razonamiento deductivo deben ser lo más objetiva posible evitando que afecten las tendencias del investigador, además, se emplean procesos sistemáticos y empíricos para generar conocimientos”. (P.69)

De lo anterior, se desprende que la elaboración de una guía práctica para uso del consentimiento informado permitirá solucionar más rápidamente los conflictos que se pueden presentar al profesional de la salud al establecer la relación médico-paciente y respetar el principio de autonomía del paciente.

Cuando realizamos una investigación de campo hay un contacto directo con el objeto en estudio, de allí se recolectan los datos que en esta investigación fueron recogidos a través de una encuesta y posteriormente fueron analizados dichos datos en forma ordenada en función de las preguntas o interrogantes que se formulan. La fase de estudio de campo se realizó con el fin de hacer una exploración de la opinión y conocimiento que tienen los profesionales de la salud acerca el consentimiento informado, consecuencias jurídicas de no aplicarlo.

Para cumplir con los objetivos propuestos, el estudio se desarrolló en cuatro etapas. En la primera de ellas, se llevó a cabo una revisión de tipo documental, en donde se utilizaron datos secundarios, impresos o electrónicos, que corresponden al consentimiento informado y al marco jurídico existente, para realizar una descripción de los hallazgos, estableciendo en cual se hace referencia a los deberes y responsabilidades civiles, penales, administrativas, disciplinarias, éticas y de moral pública, de los profesionales del área de la salud en Venezuela.

Posteriormente se realizó la segunda etapa también de tipo documental donde se realizó la revisión de algunas sentencias presentadas, en casos de demandas interpuestas en el campo de salud en Colombia y España, realizando la descripción de las causas más frecuentes y de los fallos proferidos, haciendo una aproximación incipiente (Hernández Sampieri, 2006), de los eventos de mayor riesgo legal que pueden presentarse durante la prestación de servicios de salud.

La tercera etapa involucra un estudio de campo, donde se aplicó una encuesta para determinar los conocimientos que tienen los profesionales de la salud tanto de instituciones públicas como privadas acerca del consentimiento informado, su aplicabilidad y consecuencias jurídicas de no utilizarlo.

En la cuarta etapa se realizó la recopilación de datos de las fases anteriores, organizando el conocimiento por ellos generado. En conclusión, el presente estudio contiene elementos de tipo documental y de campo que da cabida a la elaboración de una guía para la aplicación del consentimiento informado por parte de los profesionales de salud.

Se expone la información obtenida al aplicar el instrumento de medición elaborado. Una vez aplicado el cuestionario al personal de salud del Estado Yaracuy, se procedió a la codificación y tratamiento estadístico respectivo de los datos recopilados en el proceso de diagnóstico.

Así los resultados se presentan en cuadros y gráficos, en los cuales la información es presentada en frecuencia absoluta y relativa (porcentajes), que representan las repuestas emitidas por los integrantes de la muestra, de modo de hacer representativas las mismas de una forma más clara. Asimismo, el análisis de la información estadística se realizó según lo planteado por Balestrini (ob.cit), acerca de esta fase de la investigación: “El análisis implica el establecimiento de categorías, la ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder sacar algunos resultados en función de los integrantes de la investigación” (p.149), por lo que el mismo se realizó en forma general, para cada variable, dimensión, indicador e ítem para lo cual fueron considerados los porcentajes obtenidos de cada una de las alternativas definidas en los instrumentos.

En todos los casos, el análisis se presenta por variable, dimensiones e indicadores de modo de hacer más clara y precisa la explicación realizada en cuanto a la interpretación de los resultados, aunque se resumen de forma de no recargar la información y que la misma sea comprensible, sustentándose además en las bases teóricas del estudio

Al analizar la finalidad del objetivo específico dirigido a diagnosticar la situación actual del personal médico con respecto a la aplicación del consentimiento informado para el fortalecimiento de la salud en el Estado Yaracuy, se encontró que el personal médico le da poco uso a esta herramienta de trabajo en el desempeño de sus funciones. Así mismo, muestran muy pocas habilidades humanas para lograr una buena relación médico- paciente

y no le dan importancia al consentimiento informado. Por otra parte, referido a identificar las aptitudes básicas y competencia profesional basadas en el consentimiento informado aplicadas por los médicos del Estado Yaracuy se puede vislumbrar que estos profesionales de la salud escasamente tienen adquirida esta competencia para configurar su imagen propia utilizándola para actuar en su profesión como médico de forma más eficaz.

En el objetivo referido a indagar como estructurar un manual de procedimientos para el consentimiento informado, luego de analizar los resultados del instrumento, se evidenció que un estrato no menor de los sujetos encuestados expresa que el personal de la salud al poner en práctica el consentimiento informado muestran debilidades en el autoconocimiento, autocontrol, autorregulación y auto motivación como elementos esenciales en la relación médico – paciente. Al analizar lo referido a determinar la importancia que tiene la aplicación del consentimiento informado para el fortalecimiento de la salud en el Estado Yaracuy, se percibe que el personal de la salud le da poca importancia a este elemento al momento de emprender relaciones médico-paciente, no desarrollando una buena empatía y comunicación en su función, así como un trabajo en equipo y capacidad de repuestas factores importantes en el desenvolvimiento de sus habilidades medicas utilizando como vía el consentimiento informado, puesto que esta influye en sus labores diarias, pues les permite dedicar mayor parte de su tiempo a interactuar, tratar con los demás pacientes, dirigirse, motivar y comunicarse con quienes está diagnosticando.

En referencia a verificar el marco teórico- jurídico del consentimiento informado se detectó en el personal de la salud le dan poca importancia al marco teórico-jurídico, en cuanto al consentimiento informado. Por su parte, en lo que se refiere a la información médica se observan marcadas limitaciones en los médicos debido a que no ponen en práctica lo establecido en el marco legal donde se señala el consentimiento informado como requisito indispensable al momento de implementar un diagnóstico y/o tratamiento médico o quirúrgico.

No obstante, como producto de la indagación en el instrumento aplicado se evidencio que algunos de los países que utilizan el consentimiento informado son: Colombia, Cuba, México, España, Costa Rica y Chile en donde el consentimiento informado no tiene carácter obligatorio, en cuanto a los parámetros utilizados por estos países son similares a los de Venezuela, utilizan la Constitución, leyes de salud y los códigos de Ética médica. Por

consiguiente, la utilización del consentimiento informado implica elevar el nivel de eficiencia en la realización del acto médico. Es decir, que el consentimiento informado debería ser usado como una herramienta más de los profesionales de la salud ya que contribuye a mejorar la relación médico- paciente, disminuye los conflictos entre ambos, se respeta la autonomía del paciente, el médico puede desarrollar su labor de una manera más eficaz y segura, con claros beneficios, para él, su paciente y la institución donde labora.

En conclusión, el objetivo general de esta investigación consistió en: Implementar el uso de una guía del consentimiento informado para el personal de salud, como vía fundamental en el fortalecimiento de las habilidades medicas en el Estado Yaracuy. El objetivo propuesto en esta investigación se logró puesto que la encuesta aplicada a la muestra dio como resultado que el consentimiento Informado en el personal de la salud en el Estado Yaracuy, están en un nivel muy bajo en cuanto a información sobre que es el consentimiento informado, conceptos como autonomía, autodeterminación, importancia de la relación médico-paciente. La omisión del consentimiento, cuando se tuvo la oportunidad de obtenerlo, constituye una violación de los derechos del paciente y son igualmente causa de indemnización independientemente de la diligencia del médico.

La omisión del CI ya forma parte, de acuerdo al criterio jurisprudencial español, de la lex artes de la medicina y su omisión es considerada una falta grave indemnizable, toda vez que constituye una obligación pre-establecida del médico de informar suficiente y adecuadamente a su paciente antes de proceder al tratamiento sugerido.

REFERENCIAS

Balestrini, M. (2002). Como se Elabora um Provector de investigación. BL Consultores asociados. Servicio editorial. Sexta Edicion.

Castaño de R, M. (1997). El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad legal medica. Editorial Temis S.A. Colombia

Código de Deontología Médica. Aprobado en la LXXVI reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, marzo 20, 1985

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Gaceta Oficial 5.453, marzo 24, 2000.

Carabina, C. El médico ante el derecho. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1990

Hernández Sampieri, R. (1998). Metodología de la investigación. 3ra Edición México: MacGraw-Hill.

Hierro-Fernández, J. responsabilidad civil medico sanitaria. Editorial Aranzadi. Pamplona.1983.

Kraut, A. Los derechos de los pacientes. Abeledo-Perrot S.A. Buenos Aires. 1998.

Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 3.002 (Extraordinario), agosto 23, 1982.

Ley Orgánica de Salud (1998) Ley de Trasplante de órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos. Gaceta Oficial 39.808 del 25 de noviembre del 2011.

DISPRAXIS MÉDICA EN EL DERECHO COMPARADO (CASO VENEZUELA Y ARGENTINA)

**Autores: Ramón Rojas
Emilia Lugo**

RESUMEN

La salud es un derecho, no un privilegio. La medicina, además de un saber y de un arte es fundamentalmente, una función social básica, La conciencia con la cual el médico ejerce su arte, crea la nobleza de esta profesión. A partir de los años 60 se comenzó a usar el término Malpraxis haciendo referencia a acontecimientos en las que el médico es acusado de no atender eficazmente al paciente. El médico está obligado a estar preparado profesionalmente al mejor nivel pues su actividad se centra en favorecer la vida de los pacientes y para ello debe contar con la mejor preparación. El presente trabajo tiene por objetivo establecer un estudio comparativo del ordenamiento jurídico sobre la dispraxis médica entre Argentina y Venezuela, durante el año 2014, a través de un diseño documental, en el cual se emplea la variable independiente, que es el estudio investigativo y comparativo de la mala práctica médica y la variable dependiente para reducir la impunidad Como conclusión, se desprende en el análisis que Argentina, Ecuador y Venezuela no cuentan con marco jurídico para sancionar la dispraxis médica, el marco jurídico sanciona este delito de una forma general. Sin embargo, España cuenta con un sistema jurídico que sanciona la dispraxis médica y Chile en el art 491 del código penal sanciona la negligencia médica, más no así la dispraxis medica. Se recomienda buscar estrategias para alcanzar la excelencia en la calidad asistencial.

Palabras Claves: Dispraxis, ordenamiento jurídico, derecho comparado

ABSTRACT

Health is a right, not a privilege. Medicine, besides a knowledge and an art is fundamentally a basic social function, the conscience with which the physician exercises his art, creates the nobility of this profession. From the 1960s onwards, the term Malpraxis was used referring to events in which the doctor is accused of not effectively attending to the patient. The doctor is obliged to be prepared professionally at the best level because his activity is focused on favoring the life of patients and for this he must have the best preparation. The present work aims to establish a comparative study of the legal order on medical dyspraxia between Argentina and Venezuela, during the year 2014, through a documentary design, in which the independent variable is used, which is the research and comparative study of medical malpractice and the dependent variable to reduce impunity. In conclusion, it is clear from the analysis that Argentina, Ecuador and Venezuela do not have a legal framework to sanction medical dyspraxia, the legal framework punishes this crime in a general way. However, Spain has a legal system that sanctioned medical dispraxis and Chile in art 491 of the penal code sanctioned medical negligence more or not medical dispraxis. It is recommended to seek strategies to achieve excellence in care quality.

Keywords: Dispraxis, Legal system, comparative law

INTRODUCCIÓN

El reproche al error médico no es nuevo, tiene 4.000 años. El Código de Hammurabi, especifica cuanto debía cobrar y como debían pagar los médicos, sobre todo los cirujanos si cometían un error, llegando el castigo, de acuerdo al error, podía sufrir la amputación de una mano o incluso la muerte. A partir de los años 60 se comenzó a usar en los Estados Unidos el término Malpraxis haciendo referencia a una serie de acontecimientos en las que el médico es acusado de no atender eficazmente al paciente. El Código Civil Argentino contempla la responsabilidad emergente de la mala praxis y la obligatoriedad de su resarcimiento económico (arts. 1073 a 1090 del Código Civil). El Código Penal tipifica la mala praxis de modo específico, a través de los delitos de homicidio culposo (art.84 CP) y de lesiones culposas (art.94 CP), que, de ella, la mala praxis, se deriven y, sanciona a quienes resulten declarados culpables, con penas de prisión y de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión o de la actividad que, por su ejercicio, haya sido generadora de la muerte o de la lesión. Curiosamente, y a la par, inequitativamente, estas normas engloban actualmente en sus tipos delictivo, tanto a las acciones derivadas de los actos de los profesionales de la Salud, como, por ejemplo, a los conductores de automotores.

La Mala Praxis en el campo de la medicina ha tomado tal importancia, que merece un especial trato, puesto que varias vidas de seres humanos se han perdido por la actuación los médicos, que violan el deber de cuidado, aunque en ocasiones la responsabilidad se extiende hasta aquellos subordinados a los mismos. Para tener una idea de la magnitud del problema en los estados unidos cada año mueren aproximadamente 180.000 personas, como resultado de errores médicos. Esta cifra equivale a los fallecimientos asociados a accidentes automovilísticos. En Venezuela en los últimos 10 años, ha existido un incremento en los reclamos Judiciales en virtud de la mala Praxis de la salud y ello no es por una simple casualidad, sino por una verdadera explosión ocurrida en todo el pueblo Venezolano, En razón de la nueva realidad social existente y el conocimiento que el pueblo tiene de sus derechos, se puede observar con meridiana claridad un incremento en las denuncias de la mala praxis médica en el país En Venezuela la mala praxis médica, es decir, el mal desempeño en su actividad profesional le podría generar consecuencias

penales y civiles, dado que si el médico no está adecuadamente preparado y como consecuencia de un procedimiento mal aplicado a un paciente este muere o resulta lesionado gravemente el médico podría ser demandado por mala praxis y ser en consecuencia enjuiciado penalmente y exigida su responsabilidad civil para que pague los daños y perjuicios causados a su paciente.

En el país, se ha iniciado una discusión profunda sobre la mala praxis en el campo de la medicina, debido a que hasta hace poco tiempo atrás, la falta de conocimiento de derechos y la consideración exagerada al médico como intocable, no permitían la aplicación de sanciones a quienes, en el ejercicio de su profesión cometían actos de mala práctica médica, en la actualidad debido al incremento de casos por mala práctica médica es necesario su estudio. La muerte del paciente por negligencia o Dispraxis médica constituye un hecho punible cuya determinación compete a los tribunales penales en Venezuela. Se trata del delito de homicidio culposo sancionado en el artículo 409 del Código Penal: "El que, por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes e instrucciones, haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigado con prisión de seis meses a cinco años...".

La base legal de la legislación venezolana no cuenta aún con un instrumento de asiento que permita dilucidar aspectos relacionados con Malpraxis médica (se está discutiendo apenas un proyecto de ley a nivel nacional, en la asamblea nacional en la actualidad 2014).

En Venezuela no existe una legislación particular referente a la mala praxis médica, hace falta dictar una ley especial que se refiera a esta problemática que poseen los miembros del equipo de salud, es decir, que regule las consecuencias jurídicas del ejercicio médico más allá de las estipulaciones civiles, penales, disciplinarias y administrativas a las que están sometidos los médicos. Por tal motivo se decidió realizar este estudio con la finalidad de comparar el ordenamiento jurídico sobre la dispraxis médica entre Argentina y Venezuela.

Para la presentación del informe se dividió el mismo en cuatro capítulos. En el primer capítulo delimita el problema, se plantean los interrogantes de la investigación, junto con el objetivo general y los específicos, y se realiza la justificación de la investigación. El segundo capítulo abarca los antecedentes y las bases teóricas de la investigación. En el capítulo tercero, aborda el marco metodológico, incluye el tipo y diseño de la investigación,

población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de la información y procedimientos. En el cuarto capítulo se presentan los resultados conclusiones y recomendaciones seguidas de las Referencias Bibliográficas del material consultado en el desarrollo del mismo.

Materiales y Métodos

Esta investigación se realizó a través de un análisis que contiene información de tipo bibliográfico y documental, empleando un diseño descriptivo de investigación; debido a que no existe manipulación de variables. se empleó la variable independiente, que es el estudio investigativo y comparativo de la mala práctica médica y las sanciones aplicables en materia civil y penal entre Argentina y Venezuela y la variable dependiente es la consecuencia de la mala práctica médica para reducir la impunidad. Para tal fin, las técnicas usadas fueron la observación y la revisión bibliográfica los datos necesarios para esta investigación están ya presente en las legislaciones venezolanas y argentinas ya descritas, pero cabe destacar que se realizaron cuadros comparativos para hacer el análisis correspondiente a dichos datos, ya que es uno de los propósitos de la investigación. La técnica de análisis de datos usada fue el análisis crítico, es a través de esta técnica que se analizó la coherencia de las leyes consultadas.

Análisis

Se observó que, en ambos países, en su ordenamiento jurídico no existe legislación sobre la dispraxis médica, son sancionados de acuerdo a lo establecido en los códigos civil y penal a los ciudadanos que actúen con elementos de culpa en su arte u oficio.

En ambas legislaciones el acto médico es catalogado como un contrato de tipo Contractual.

En ambos países, desde el punto de vista civil lo primordial es la obligación de resarcir el daño ocasionado.

Se evidencio en que en ambos países no hay regulación específica para la dispraxis medicas tanto en la materia civil como penal, Los profesionales de la salud son juzgados de la misma forma como es juzgada la población general.

La diferencia radica en que Argentina cuenta con suficiente jurisprudencia en materia civil y penal

Ecuador y Argentina tanto en materia civil y penal no hay legislación referente a la dispraxis.

Chile en su código penal en el art. 491 menciona la negligencia médica, pero es sancionada igual como se sanciona a la población general, al cometer un delito o cuasidelito, se infiere un daño al otro, está obligado a indemnizar independientemente de la pena que le impongan las leyes.

En España se juzga la imprudencia profesional en el código penal artículos 142 y 152.

En el código civil español menciona la obligación de indemnizar por daños ocasionados por dolo, negligencia en el cumplimiento de sus funciones.

Discusión

Según los datos aportados en la investigación en Argentina no existe una ley que aborde el tema específico de la dispraxis medica; sin embargo esta es tratada en la legislación como una responsabilidad civil contractual, al existir relación individual entre médico y paciente existe un contrato, por lo cual se entiende que si el facultativo no satisface las necesidades en la prestación de sus servicios profesionales, la responsabilidad es contractual y al surgir la violación de una obligación nacida de un contrato comprende también todas las indemnizaciones que nacen de una obligación preexistente

El Código Civil Argentino no contempla la responsabilidad de la dispraxis medica, pero la sanciona con la obligatoriedad de su resarcimiento económico en el título VIII De los actos ilícitos (artículos 1073 a 1090 del Código Civil) y/o de la prestación asistencial reparadora, incluyéndola dentro de los Títulos de las Obligaciones, de los Hechos Jurídicos y de las Obligaciones que nacen de hechos ilícitos que no son delitos, esto último especialmente, a través de los artículos 1109 y 1113 del Código Civil. En particular en el título I De los hechos, **el artículo 902** del Código Civil nos dice: "Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento, mayor será la obligación que resulte de la consecuencia posible de los hechos. **El artículo 903** dice: "Las consecuencias inmediatas de los hechos libres, son imputables al autor de los hechos.". **El artículo 904:** "Las consecuencias mediatas son también imputables al autor del hecho, cuando las hubiere previsto, y cuando empleando la debida atención y conocimiento de la cosa, haya podido preverlas". **El artículo 905:** "Las consecuencias puramente casuales no son imputables al autor del hecho, sino cuando debieron resultar, según las miras que tuvo al ejecutar el

hecho." Con respecto a la responsabilidad penal, en Argentina se tipifica la dispraxis medica en el Código Penal, a través de los delitos de homicidio culposo **artículo 84** "Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que, por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte. El mínimo de la pena se elevará a dos años si fueren más de una las víctimas fatales, o si el hecho hubiese sido ocasionado por la conducción imprudente, negligente, inexperta, o antirreglamentaria de un vehículo automotor." y de lesiones culposas **artículo 94** se impondrá prisión de un mes a tres años o multa de mil a quince mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud., que de ella, se deriven y sanciona a quienes resulten declarados culpables, con penas de prisión y de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión o de la actividad que por su ejercicio, haya sido generadora de la muerte o de la lesión. El código penal argentino sancionó la dispraxis, porque menciona sanciones a el que produzca la muerte y/o lesiones en su arte o profesión artículos 84 y 94 del código penal respectivamente, no así la dispraxis medica. Es importante mencionar que encontramos varias Jurisprudencias que abarcan este tema, responsabilizando a los médicos por su mal obrar, la jurisprudencia muestra cada vez más fallos al respecto, la doctrina ha escrito innumerables obras referidas al tema.

Venezuela es uno de los países, en donde la dispraxis médica no es un delito independiente, es decir, en donde no encontramos normativa única sobre la práctica médica.

A pesar de que el ordenamiento jurídico venezolano garantiza una prestación médica eficiente y de calidad, no podemos encontrar sanciones concretas en contra del profesional de la salud que lesione un bien jurídicos fundamental como es la vida, debido a su accionar irresponsable. Si bien es cierto que existe una sanción, la sanción es la misma aplicado a la población general es decir no es juzgado en calidad de profesional de la salud.

La relación médico-paciente puede ser considerada como una relación de tipo contractual, ya que un contrato es una convención entre dos o más personas para

constituir, reglar, transmitir, modificar o extinguir entre ellas un vínculo jurídico, expresado en el código civil en el TÍTULO III De las obligaciones Capítulo I De las fuentes de las obligaciones Sección I De los contratos (Artículos.1.133 a 1137).

El Código Civil venezolano no contempla la responsabilidad de la dispraxis médica, pero la sanciona con la obligatoriedad de su resarcimiento económico en el TÍTULO III De las obligaciones Capítulo I De las fuentes de las obligaciones Sección V De los hechos ilícitos (artículos 1185 a 1196),

En el código penal encontramos en los artículos 409 y 420 las sanciones cuando se produce la muerte y/o lesiones por haber obrado por dispraxis en la población general, en este código no hay normas jurídicas para sancionar al médico cuando comete un delito durante un acto médico.

Lamentablemente en el Código Penal no encontramos ningún tipo de protección al sujeto pasivo en caso de mala práctica médica. Si bien es cierto que la Constitución protege el tema de salud, no encontramos sanciones concretas en situaciones en donde exista dispraxis médica, ya sea deliberada, errónea o negligente. Al no haber una legislación específica, no hay un criterio uniforme, por lo tanto, no existe un tipo de guía para que los tribunales sepan cómo actuar ante un caso de mala práctica médica.

Al analizar el marco jurídico regulador de la Dispraxis Médica en Argentina, Ecuador, Chile y España podemos mencionar lo siguiente:

Tal como podemos apreciar en el cuadro N° 3 en Venezuela, Ecuador y Argentina no existen leyes que regulen la dispraxis medica de una forma específica, la dispraxis es sancionada tal cual como se sancionan a la población en general. En Argentina existe jurisprudencia al respecto.

Chile no sanciona específicamente a la mala práctica profesional, pero sí a la negligencia médica. De esta forma, según el artículo 491 del código penal se estipula que “el médico cirujano o farmacéutico o matrona que causare mal a las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión incurrirá en la pena de reclusión”. Las sanciones aplicadas son iguales a las aplicadas a la población en general.

Desde el punto de responsabilidad civil al cometer un delito o cuasidelito infiere un daño al otro, está obligado a indemnizar independientemente de la pena que le impongan las leyes.

En España la responsabilidad civil del profesional médico o sanitario al servicio de la Administración Pública se decidirá conforme a un estándar de negligencia.

Con respecto a la responsabilidad penal está contenida en los Artículos. 142 y 152 s del Código Penal, en la que se regulan las responsabilidades civiles derivadas de delito o falta.

En Venezuela en caso de muerte, derivada de una mala praxis médica se puede aplicar la figura del homicidio no culposo, esto no ocurre así en Argentina.

REFERENCIAS

- Aguiar-Guevara, R. (2001). Tratado de Derecho Médico. Editorial Legis.
- Aguiar S. (2009), El Derecho como base Social. Fond Editorial Universidad Cattolica
- Allen, S. Malpractice costs level off Decline in Mass. Could eas insurance hikes for
http://www.boston.com/business/articles/2004/11/16/malpractice_costs_level_off/C
- Álvarez, E. (2008), Técnicas del Cuestionario. Universidad de Monterrey. México.
- Andersen K. Malpractice in practice. Reportaje. Disponible
- Andrés Bello. Caracas.
- Arias, F. (2004) El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración Caracas-
- Balestrini, M. (2006) Como se Elabora el Proyecto de Investigación. Caracas Servicio
- Bisquerra, R. (1989). Métodos de Investigación Educativa. Barcelona, Ediciones CEAC
- CARHEL, C.A. <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/hp-xiii-taller06->
- Castaño de R, M. (2006). La responsabilidad jurídica por el acto médico Su componente
Código Civil de Venezuela. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 2.990
- Código de Deontología Médica. Aprobado en la LXXVI reunión Extraordinaria
http://ezraklein.typepad.com/blog/2005/07/malpractice_in_.html [Consulta: 2006,
- Código de Procedimiento Civil. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 4.209
- Código Orgánico Procesal Penal. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 5.558
- Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la Colombia
- Mac Graw-Hill. Reimpresión Panamericana de Formas e Impresos. Comité de Programas
de Edificaciones Médico-Sanitarias. Gaceta Oficial de la
- Constitución (1999). Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 5.453, marzo 24
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 36.860
- Diccionario de la Real Academia Española (2011). Ediciones Larousse.

Fernández, F. (1999), Manual de Derecho Procesal Penal. Caracas: McGraw Hill

Hernández, S., Fernández C.y Baptista (2004) Metodología de la Investigación.

Holanda (2002) Código Penal de 16 de abril, Boletín Oficial del Estado, 17 de abril

Hurtado, J. (2000) Metodología de la Investigación Holística. Venezuela. Ediciones Interamericana.

Ley del Ejercicio de la Medicina (2011) Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de México: Editorial Limosa. Noviembre 3]

Pallela, S. y Martins, F. (2003). Metodología de la Investigación Cuantitativa Primera prescarga% C3%B1o.pdf [Consulta: 2008, febrero 26]

Ramírez T. (2006) Como Hacer un Proyecto de Investigación Caracas Editorial República de Venezuela, 36.619, enero 12, 1999.

República de Venezuela, 5.768 (Extraordinario), abril 13, 2005. SA

Sabino (2005). El Proceso de Investigación. Caracas: Editorial Panapo de Venezuela.

Sabino, C. (2004) El Proceso de Investigación. Caracas, Editorial Panapo.

Tamayo (2004) El Proceso de la Investigación Científica. (Tercera Edición).

Tamayo y Tamayo, M. (2006) El Proceso de la Investigación Científica México.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2005). Manual de Trabajo

IMPLICACIONES BIOÉTICAS Y JURÍDICAS PARA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES INHÁBILES EN LAS EMERGENCIAS

Autor: Laguna de Martínez, Orly María

RESUMEN

La discusión es el instrumento básico para la actuación del personal médico ante situaciones de riesgos que ameritan toma de decisiones, esta debe realizarse por el equipo interdisciplinario, junto al paciente y/o familia o apoderado; sin embargo, la práctica médica en las emergencias, con pacientes inhábiles, los principios bioéticos y jurídicos se plantean con frecuencia, originando discusiones complejas y quedando la misma en la responsabilidad del médico residente. Por ello, su conocimiento y dominio son fundamentales. El presente estudio estuvo centrado en establecer las implicaciones bioéticas y jurídicas en la toma de decisiones en pacientes inhábiles en la emergencia del personal médico. La metodología utilizada fue una investigación de campo de carácter descriptivo exploratorio aplicada a una muestra de 60 médicos del estado Yaracuy. Se le aplicó como instrumento la guía de entrevista contenida de 18 ítems con preguntas cerradas (dicotómico). El análisis arrojó que el médico posee los conocimientos necesarios para la toma de decisiones en situaciones de emergencias a pacientes inhábiles actuando por los principios bioéticos y científicos. Concluyendo Se recomienda promocionar proyectos de ley sobre la actuación del médico, como único responsable de la toma de decisiones, ante situaciones de riesgo del paciente inhábil; e igualmente, se recomienda considerar la propuesta de promulgar las voluntades anticipadas.

Descriptor: Implicaciones, bioética, jurídica, pacientes inhábiles.

BIOETHIC AND LEGAL IMPLICATIONS IN MAKING DECISIONS IN INHIBITOR PATIENTS IN EMERGENCIAS

ABSTRACT

Discussion is the basic tool for the performance of medical personnel in situations of risk that merit decisions, this must be done by the interdisciplinary team, together with the patient and / or family or guardian; However, medical practice in emergencies, with unfit patients, bioethical and legal principles are frequently addressed rise to complex discussions and leaving it in the responsibility of the resident physician. Therefore, knowledge and domain are essential. This study focused on establishing the bioethical and legal implications for decision-making in unfit patients in the emergency medical personnel. The methodology used was an exploratory field research descriptive applied to a sample of 60 physicians Yaracuy state. Was applied as an instrument interview guide contained 18 items with closed questions (dichotomous). The analysis showed that the physician has the necessary knowledge for decision making in emergencies for patients unfit acting bioethical and scientific principles. We recommend concluding promote bills on the medical performance as solely responsible for decision making, risk situations of unskilled patient; and also, it is recommended that the proposal to enact living wills

Descriptor: Implications, bioethics, legal, unfit patients.

INTRODUCCIÓN

El paciente crítico con alteraciones en su estado de consciencia, siempre requiere atención médica emergente; es por ello que el médico de los servicios de emergencia debe estar preparado para afrontarlo no solo desde el punto de vista científico, sino también ético y legal; ya que está en presencia de uno de los problemas clínicos más serios y difíciles de resolver, debido a que un paciente crítico con alteraciones hemodinámicas y de su estado de consciencia, tiene riesgo de morir si no se actúa rápida y diligentemente; aunado a ello se suma que un gran porcentaje de los mismos (como es el caso de los pacientes politraumatizados productos de accidentes de tránsito) acuden sin la compañía de un familiar o amigo(a), lo que representa un conflicto ético-moral, ya que en algunos casos esperar por ellos para decidir sobre la conducta a seguir por respeto a la autonomía del paciente es inadecuada, ya que si no se actúa de forma inmediata corre riesgo la vida del paciente, basado en que el derecho a la vida está por encima de cualquier principio bioético, y más aún en Venezuela donde no existen normas que den crédito a la voluntad anticipada.

Por las consideraciones anteriores, se induce que la toma de decisiones por aquellos que no pueden hacerlo, en el ámbito de la salud juegan un papel fundamental los siguientes elementos: el paciente con su estado de salud, el médico con su conocimiento teórico y pericia práctica, los objetivos que se procuran alcanzar, la estrategia a elegir y el ambiente donde se desarrolla este proceso de toma de decisiones, donde se debe tomar en cuenta los medios que dispone el equipo de profesionales, el paciente y su familia. Cabe resaltar, que una decisión en los servicios de emergencia es un proceso que requiere de la formulación correcta de un problema, y también de análisis de los cursos de acción para cumplir el objetivo propuesto.

Tomando en cuenta que, en los servicios de emergencia se debe tomar decisiones en un plan de acción rápido, que la interacción entre paciente y médico de emergencia es diferente a otras normas de atención médica; que los pacientes críticos no escogen ni al médico, ni a la ambulancia ni al centro de salud donde son llevados, que el médico de emergencia debe integrar valores personales, culturales, religiosos o de la comunidad del paciente y equilibrarlos con su propia ética personal y profesional, y que usualmente no conoce al paciente, ni a los familiares, ni sus tendencias religiosas, ni sus valores; que tiene

por obligación salvar vidas y aliviar el dolor o sufrimiento, cuyo acto médico esta sobre la base de que los valores bioéticos en la medicina de emergencia son: Autodeterminación del paciente (autonomía), Servir bien a los pacientes (beneficencia), No dañar (no maleficencia) y Ser justo en los recursos disponibles (justicia); el dilema se presenta cuando desde el punto vista ético y jurídico se considera un paciente incapaz e incompetente para decidir, así como cuando la responsabilidad de decisión sobre el paciente recae sobre el médico de emergencia (Decisiones Subrogadas), de allí la importancia de determinar las implicaciones jurídicas y bioéticas en la toma de decisiones de los pacientes que no pueden hacerlo.

Destacando, que todo lo anterior expuesto parte de que los grandes avances en la ciencia médica, han permitido encarar con éxito el tratamiento de pacientes con severo deterioro de sus funciones orgánicas.

Es por ello, que surge las siguientes interrogantes ¿Las decisiones tomadas por el personal médico en especial énfasis en pacientes críticos al momento que acuden a los servicios de emergencia públicos y privados, se corresponde, con lo tipificado en la Carta Magna y Leyes Venezolanas? ¿La decisión que el médico toma sobre el paciente crítico inconsciente y/o con alteraciones del estado de conciencia, que acude al servicio de emergencia sin familiares, respeta la autonomía del mismo? ¿La decisión del médico sobre la vida del paciente crítico inconsciente y/o con alteraciones del estado de conciencia, están basadas en los principios de beneficencia y no maleficencia?

Objetivo de la Investigación:

Objetivos General:

Establecer las implicaciones bioéticas y jurídicas en la toma de decisiones en pacientes inhábiles en las emergencias del personal médico.

Objetivos Específicos:

- a) Diagnosticar la actuación del personal médico que labora en los servicios de emergencia ante situaciones emergentes y urgentes en pacientes inhábiles.
- b) Relacionar las situaciones y las decisiones tomadas por el personal médico por los que no pueden hacerlo, y sus discrepancias desde el punto de vista bioético y jurídico con especial énfasis en pacientes críticos que acuden a los servicios de emergencia de instituciones pública y privada.

c) Establecer las consecuencias legales en la toma de decisiones del personal médico por los que no pueden hacerlo con especial énfasis en pacientes críticos que acuden a los servicios de emergencia de instituciones pública y privada.

Para lograr el objetivo de la investigación, fue necesario realizar la revisión de los elementos involucrados (paciente crítico, alteraciones del estado de consciencia, capacidad o incapacidad para tomar decisiones, directrices que debe seguir el profesional de la salud a la hora de tomar decisiones por el paciente, entre otras); para poder establecer las implicaciones jurídicas y éticas las cuales fundamentaran las investigaciones.

El paciente crítico es definido por Domínguez. (2003) lo como la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, que puede comprometer la vida del paciente, que de no recibir atención inmediata puede conducir a la muerte.

Un paciente en estado crítico presenta en todos sus órganos y sistemas, un comportamiento variable según el tipo de injuria, el tiempo de evolución de la misma y los antecedentes patológicos propios del paciente. Resaltando, que la injuria se puede definir como la disrupción molecular, celular u orgánica de las funciones vitales a causa de un estímulo agresivo que actúa como disipador, desencadenando mecanismos defensivos y de reparación, que cursan con un proceso adaptativo que incluye complejos bioquímicos y sistémicos. Dichas respuestas, puede darse por una injuria leve, moderada o severa, cuyo pronóstico dependerá de si el tratamiento médico es a tiempo (los signos y síntomas mejoraran), o si no recibe tratamiento, en este último caso el paciente puede comenzar a presentar signos de disfunción orgánica, como trastornos del sistema nervioso central (confusión, coma, estupor, inconsciencia, entre otras), oliguria y cambios metabólicos.

De los anteriores planteamientos se deduce, que el hecho de que un paciente tenga una alteración en su estado de consciencia, reducción o pérdida de su actividad consiente, significa que él no podrá tomar decisiones, y que todo cuanto pueda hacerse por este individuo es de exclusiva responsabilidad de quienes lo atienden y/o lo representan. Es por ello que todo profesional de la salud, incluyendo el médico de emergencias, según Ortiz (2011) debe disponer de una teoría constante como base de los principios de atención, que le permita actuar sin mayores contradicciones y con la mayor serenidad posible, dada a la exigencia de tener que tomar decisiones a pesar de los pocos datos que se puedan disponer y de que no será siempre fácil acudir a un consultor.

Cuando un paciente acude a un servicio de emergencias ya sea de una institución pública o privada, es evaluado inmediatamente por el médico de guardia, estableciéndose una relación médico-paciente, cuya relación conlleva a ciertas obligaciones legales y éticas para ambas partes. El médico evalúa al paciente y de acuerdo a la afección que presente, propone un plan de acción que será efectuado de manera rápida o progresiva, de acuerdo a los criterios científicos para salvaguardar la vida; donde el paciente tiene el derecho de aceptar o rechazar el plan terapéutico a seguir basado en el principio ético del respeto a autonomía y el derecho legal a la libre determinación; no obstante, en múltiples ocasiones este derecho a la autonomía y a la libre determinación se ve soslayado cuando el paciente está en condiciones críticas, y es incapaz de tomar una decisión, acarreando conflictos en el médico tratante ya que al tratar de resguardar la vida del paciente se ve en la obligación de tomar decisiones por el mismo, irrespetando el principio de autonomía y anteponiendo el de beneficencia.

En cuanto, a la toma de decisión la persona debe escoger entre dos o más alternativas, cuya decisión estará apoyada en la interpretación de cinco componentes primordiales: Información, Conocimiento, Experiencia, Análisis y Juicio. Sin embargo, desde el punto de vista médico la toma de decisiones es la capacidad que tienen los pacientes de tomar decisiones adecuadas, aceptar o rechazar un plan diagnóstico y terapéutico, donde puede tener la capacidad de tomar una decisión médica sencilla pero no una más compleja; es por ello que, en la toma de decisiones, el mismo requiere capacidad de recibir procesar y entender la información, deliberar, articular y defender sus decisiones. Cabe resaltar, que la toma de decisiones en un paciente es un proceso dinámico que cambia a lo largo de su enfermedad. Por lo tanto, un paciente podría necesitar sólo un nivel bajo de capacidad de tomar decisiones para dar su consentimiento a un procedimiento con beneficios altamente probables y riesgos probables mínimos; pero un alto nivel de capacidad de decisión para aceptar o rechazar, cuando los riesgos son muy elevados.

La toma de decisiones bajo la perspectiva de la bioética significa que no puede haber eficacia sin que haya implicados valores y los cuatro principios bioéticos fundamentales (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia). En el campo de la salud, los elementos bioéticos pueden y deben objetivarse de manera cuantitativa, con indicadores elaborados para ese efecto. No obstante, Rico (2010), afirma que el dilema ético en la toma

de decisiones se presenta cuando las decisiones son tomadas sin la participación de los pacientes y familiares, en aquellas circunstancias donde el paciente es incapaz de hacerlo y acude o es llevado al centro de salud sin acompañante.

Para que una toma de decisiones fluya y se permita interpretar los cinco componentes, el individuo debe ser autónomo, el cual según Beauchamp y Childress (1994), es aquel que actúa libremente con capacidad para la acción intencional, con comprensión y sin influencias controladoras que determinen su acción; donde la intencionalidad no admite grados, la comprensión y la coacción sí.

Por todo lo dicho, el respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, afirmar la comprensión y la voluntariedad, y a fortalecer la participación del paciente en la toma de decisiones, expresada a través del consentimiento informado; el cual deja de tener valor si se demuestra que la persona no estaba capacitada para dar su consentimiento. De todo esto se desprende, la necesidad de establecer cuando un paciente está capacitado para tomar una decisión sobre los cuidados de su salud.

Siurana (2006) plantea que la determinación de la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud, es uno de los requisitos básicos que nos permiten certificar si su decisión es sustancialmente autónoma. Donde la diferencia entre autonomía y capacidad es importante.

En el marco normativo del país, igual que otros países europeos y Latinoamericanos, los textos jurídicos suelen ser poco claros con los términos capacidad y competencia, donde competencia sería la capacidad de derecho o legal; en cambio capacidad es un término psicológico y clínico, que definen las aptitudes psicológicas necesarias para tomar, aquí y ahora, una determinada decisión, siendo la que evalúan los médicos, psiquiatras y psicólogos. Por otra parte, para Beauchamp T. y Childress J (ob.cit.) la capacidad, se refiere siempre a la aptitud para realizar una tarea determinada.

La capacidad para tomar decisiones debe estar fundamentada en tres elementos: la posesión de valores y metas, la aptitud para comunicar y comprender la información, y la aptitud para razonar y deliberar. A los efectos de esto, se considera que la incapacidad existe solo cuando la gente carece de la aptitud para tomar decisiones que promueven su bienestar de acuerdo con sus valores y preferencias previamente expresados. Prevalciendo,

que raramente la incapacidad es absoluta, siendo la trascendental excepción el caso de los pacientes inconscientes.

Los requisitos de la capacidad mostrados por la President's Commission (1987) son: capacidad para comprender y comunicarse, Capacidad para razonar y deliberar, así como la aptitud para la debida consideración de las posibles consecuencias futuras de sus elecciones.

Si se toma en cuenta la relevancia jurídica y ética de los conceptos de capacidad y competencia, un individuo es Incapacitado, cuando no tiene de forma permanente capacidad de derecho o legal, porque un juez ha emitido una sentencia de incapacitación que así lo establece, por padecer una alteración mental que disminuye su juicio, su capacidad de hecho, de forma habitual y no meramente circunstancial. Por ejemplo, un paciente en estado vegetativo permanente, un psicótico con gran deterioro o una demencia avanzada. Es por ello, que en un paciente siempre hay que demostrar la incapacidad, no la capacidad, que se le presume siempre, y en aquellos casos de duda, la presunción de capacidad debe prevalecer. Por lo que se puede decir, que entre las causas frecuentemente de incapacidad de un paciente están: incapacidad para expresar o comunicar una preferencia o elección, incapacidad para comprender su situación y sus consecuencias, incapacidad para comprender la información relevante, incapacidad para dar una razón racional, incapacidad para dar razones relativas a riesgos/beneficios, incapacidad para tomar una decisión razonable y ausencia del estado de alerta.

Por lo que es oportuno señalar, que la incapacidad de decidir en un paciente, siempre la ha determinado los médicos, a través de la evaluación clínica. Sin embargo, hay que decir que algo tan serio, por las repercusiones jurídicas que tiene, debería apoyarse jurídicamente, pero en vista de la falta de normas específicas que determinen quien debe decidir la incapacidad del paciente, la potestad y responsabilidad es del médico que asiste al paciente o de su médico responsable y no de otro tipo de profesionales sanitarios, como enfermería o psicólogos clínicos.

Existen cuatro situaciones en las que al médico deberían disparársele las alarmas ante la posibilidad de que su paciente sea incapaz: el paciente ha tenido un cambio brusco en su estado mental habitual que pueden deberse a problemas psiquiátricos o alteraciones físicas como hipoxia, infecciones, medicaciones, trastornos metabólicos; el paciente rechaza un

tratamiento que está claramente indicado en su caso y no consigue argumentar los motivos con claridad; el paciente acepta con facilidad que se le realicen procedimientos muy invasivos, molestos o peligrosos, aparentemente sin ponderar riesgos ni beneficios, o cuando el paciente tiene un trastorno neurológico o psiquiátrico de base, previamente conocido, que puede producirle estados transitorios de incapacidad.

Lo que quiere decir que un paciente será incapaz, cuando no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, por lo que podrá otorgarse el consentimiento por representación, y si el paciente carece de representante legal, el consentimiento habrán de prestarlo la personas vinculadas por razones familiares, y en ausencia de estos el médico, donde los criterios del representante para tomar decisiones (el juicio subjetivo, el juicio por sustitución, y el juicio del equilibrio razonable entre cantidad y calidad de vida) deben ser respetados y utilizados en ambas situaciones.

EL Acto Médico en los servicios de emergencias públicos y privados son muy complejos; ya que el médico requiere tomar decisiones fundamentales para salvaguardar la vida de los pacientes que acuden en graves condiciones; por lo que la necesidad de intervenir de forma rápida, representa poca disposición de consultar un comité de ética del hospital o esperar por la presencia de un representante del paciente, en los casos donde el mismo no puede decidir.

En situaciones extremas de emergencia, es el médico quien debe decidir rápidamente si los pacientes carecen de capacidad de tomar sus propias decisiones en la atención médica (capacidad de decisión), destacando que a menudo deben decidir rápidamente a diferencia de otros escenarios en la práctica médica. Los médicos de los servicios de emergencia, deben estar preparados para evaluar la capacidad de toma de decisiones de un paciente, comprender las opciones, las consecuencias de las distintas opciones, el costo y beneficios de las opciones, así como las consecuencias en términos de sus propios valores y prioridades personales.

Por lo tanto, sí la Vida es uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico venezolano, explícito en la CRBV en su art 2, el derecho a la misma, envuelve una dimensión objetiva que no es posible obviar; es por ello, que el derecho a la vida, además de contar con un régimen de protección negativo, cuenta con un régimen de protección

positivo que impide considerar dicho derecho como un derecho de libertad, capaz de permitirle al titular disponer de la misma. Por tanto, aunque el derecho del paciente a determinar el curso de su tratamiento médico es primordial, sí se encuentra en riesgo la vida, esta prevalecerá por encima del derecho a la autonomía; sobre todo cuando la relación médico-paciente, como relación jurídica, abarca tanto los derechos como los deberes de ambos.

Tipo y Diseño de la Investigación: fue una Investigación de Campo de carácter descriptivo exploratorio. Los datos fueron recogidos en forma directa de la realidad, cuya recolección y organización de los datos se analizaron mediante procedimientos estadísticos, modelos matemáticos, econométricos. Se utilizó la técnica de recolección a través de la entrevista del personal médico de los servicios de emergencia, el instrumento estuvo representado por una guía de entrevista elaborada con preguntas cerradas; donde se registraron los datos de cada uno de los casos analizados, se señalaron preguntas relacionadas sobre las decisiones tomadas por los galenos en las casos de pacientes que acuden con alteraciones en el estado de conciencia o inconsciente que tienen compromiso de vida, sin la presencia de representantes sustitutos.

Para la Técnica de Análisis de Datos se usó el registro de los datos y se analizó mediante procedimientos estadísticos, en el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, presentados en valores absolutos y distribución por frecuencias. Considerando procedimiento de la Investigación la esquematización sobre las implicaciones bioética y jurídicas en la toma de decisiones en pacientes inhábiles en las emergencias.

La población estuvo representada por 120 médicos que laboran en los servicios de emergencia de instituciones públicas y/o privadas del Estado Yaracuy). La muestra fue de 72 médicos que representan un 60% del número total de los médicos residentes, internos y especialistas de las áreas de emergencia, cirugía y traumatología que hacen vida en los servicios de emergencia. *Criterios de Inclusión.* Haber atendido pacientes con alteraciones en el estado de conciencia y/o inconscientes, independiente de su edad y la patología que la cause, sin la compañía de familiares y/o amigos. *Criterios de Exclusión.* No tener experiencia en los servicios de emergencia, durante su ejercicio profesional.

La validez de contenido del instrumento se obtuvo mediante juicio de tres (03) expertos: un médico, un abogado y un metodólogo, quienes se encargaron de evaluar la

correspondencia de los ítems con los objetivos, dimensiones e indicadores establecidos, determinando la pertinencia y coherencia de la investigación en función de su propósito. Para llevar a cabo este procedimiento, se utilizó un formato, el cual presenta un conjunto de instrucciones para guiar a los expertos en la evaluación del instrumento, obteniendo así sus opiniones y valoración sobre los diferentes aspectos de interés.

La confiabilidad de los instrumentos se realizó a través de la aplicación del estadístico Kuder y Richardson 20 derivada de dos alternativas de respuestas, esta toma en consideración el valor promedio de las respuestas que fueron suministradas en cada una de las alternativas: SI y NO.

Análisis:

El 100% de todos los médicos encuestados conocen sus deberes, así como los derechos de los pacientes que acuden a los servicios de emergencia. Asimismo, que los pacientes atendidos por los encuestados, 52,7% han ingresado a los servicios de emergencia con alteraciones del estado de conciencia y/o inconscientes, lo que representa una alta frecuencia en relación del total de los pacientes que atienden. De igual forma, refirieron que 48,6% de los pacientes acuden sin acompañantes, familiares y/o amigos a la emergencia. Por otra parte, el 75,7% de los médicos encuestados, expresaron que tomaron decisiones por el paciente, en aquellas situaciones donde el mismo acudía a los servicios de emergencia con alteraciones en su estado de conciencia y/o inconscientes sin la compañía de un familiar.

CONCLUSIONES

En la práctica médica la toma de decisiones determina de alguna manera la facilidad o dificultad para hacerlo, donde la misma se puede presentar en dos situaciones: una en la que el médico toma decisiones sin apuro y, en la otra donde el médico toma decisiones urgido y presionado por situaciones críticas, cuyas situaciones límite ponen a prueba la capacidad teórica, la experiencia práctica y el coraje del médico. No obstante, debe tener en cuenta lo que es mejor para el paciente, la voluntad de los familiares y lo que puede ofrecer con la ciencia y la tecnología. Tales decisiones poseen importantes implicaciones éticas, pues traspasado cierto límite, la beneficencia que se busca puede transformarse en maleficencia al someter al paciente a un largo, doloroso y costoso proceso de morir, y en otros casos que la decisión para salvar la vida ocasione una discapacidad en el paciente.

Por lo que, desde nuestro punto de vista, los profesionales de la salud deben ser capaces de actuar, con suficiente competencia y desempeño para que puedan disipar los conflictos morales relacionados con la aplicación de avances tecnológicos a través de la aplicación práctica de la ética clínica.

El médico de emergencia debe actuar de forma asertiva, rápida y oportuna, con el fin de salvaguardar la vida del paciente, evaluando cada situación con el fin de prever si se puede esperar por un representante sustituto cuando está en presencia de un paciente inhábil, o si debe intervenir inmediatamente por el riesgo latente de muerte, visto desde el punto de vista bioético; jurídicamente el derecho a la vida está tipificado en el artículo 2 de la CRB Venezuela como un valor superior.

Cabe agregar, que la decisión tomada por el médico en pacientes inhábiles en ausencia de familiares tiene responsabilidades jurídicas, las cuales acarrearán consecuencias si las mismas no respetan o soslayan el derecho a la vida, resaltando que cada acto médico debe estar sustentado científicamente.

En conclusión, a pesar de que el decidir por aquellos que no pueden hacerlos en las áreas de emergencias, representa un problema ético y jurídico que afecta directamente e indirectamente a muchos profesionales de la salud, sobre todo en circunstancias de extrema emergencia que no se cuenta con familiares o amigos cercanos del paciente que puedan decidir por él, no existen preceptos jurídicos que atiendan este tema desde el punto de vista bioético y jurídico, ya que se han ocupado más en defender las decisiones individuales; en otras palabras han prestado más atención al respeto de la autonomía de paciente, olvidando los casos en donde el paciente por ser incapaz no puede tomar una decisión, relevando esto a sus familiares y al mismo médico cuando no hay la presencia de familiares, como suele ocurrir con mucha periodicidad en las salas de emergencias de hospitales públicos y privados.

Por todo lo expuesto, es necesario Promocionar proyectos de ley, para establecer bases jurídicas en Venezuela sobre la actuación del profesional de la salud al momento de estar frente a situaciones donde el riesgo de morir del paciente es eminente, y debido a su incapacidad de decidir aunado a que no está en compañía de un familiar, es el médico quien debe asumir como representante sustituto. De igual manera, proponer considerar promulgar las voluntades anticipadas; así como normativas deontológicas y jurídicas, que abarquen

cuando se debe considerar una persona competente para tomar decisiones en relación a su salud. Asimismo, crear el interés en los directivos de instituciones prestadoras de salud para conformar los comités bioéticos, con el fin de prestar apoyo a los médicos de emergencia.

REFERENCIAS

Beauchamp. Chirdres J. F. (1994). Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. Oxford University Press, Oxford.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2009). Con su Enmienda.

Domínguez, Mario A. (2003). Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2(84-92).

Ortíz, Pedro. (2000). Atención del Paciente Confuso.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Who Is Incapacitated and How Is It to Be Determined, en B. A. Nueva Jersey 1987, 58.

Siurana, Juan. (2006). Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces.

Turchetto, Elsio. (2005). A que llamamos paciente críticamente enfermo y como lo reconocemos. Revista del Hospital Privado de Comunidad. Volumen 8, número 2.

EVALUACION DEL LLENADO DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION: RED HOSPITALARIA DEL EJE OCCIDENTAL CARABOBO

Autora: Chirivella B. Mirian R.

RESUMEN

El propósito de los Certificados de Defunción, es el de ser un documento sanitario, medico-legal, para registrar datos estadísticos, para el uso del Ministerio del Poder Popular para la Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas y Consejo Nacional Electoral y usarlos para elaboración de los planes de la nación. Este artículo tiene la misión de presentar los resultados para una evaluación del llenado de los Certificados de Defunción: Red Hospitalaria del Eje Occidental Carabobo. Se describió el grado de conocimiento que tienen los médicos y estudiantes de medicina sobre el apropiado llenado de los Certificados de Defunción, dicha información se recogió con la metodología documental en los registros civiles, observando directamente 330 certificaciones de defunción pertenecientes al año 2013. Se usó método de Estudio de Campo, a nivel descriptivo-cuantitativo, en dos poblaciones: la primera constituida por 6 funcionarios del registro civil, tomando los 3 encargados del departamento de certificaciones como muestra; la segunda fue de un total de 116 médicos tomando como muestra en forma estratificada el 80%. Para el análisis se usó el programa estadístico SPSS, prueba de significación estadística y para la diferencia de proporciones se aplicó la prueba del CHI cuadrado útil y así probar el significado de las diferentes proporciones. Se concluye que los médicos en sus estudios de pregrado, no reciben información para el conocimiento del apropiado llenado del Certificado de Defunción, e igualmente se mostró desinterés en el tema en los encuestados. Se recomienda incorporación en el pensum de las Universidades una cátedra directa ligada al conocimiento del adecuado llenado del certificado de defunción.

Descriptores: Certificado de Defunción, evaluación, documento, conocimiento.

ABSTRACT

The purpose of Death Certificates is a sanitary, medical-legal document that records statistical data to be used by the Ministry of Popular Power for Health, The National Statistics Institute and the National Electoral Council and from there use them in the elaboration of the nation plans. That is why this article aims to present the results of an evaluation made to the filling of Death Certificates: Hospital Network of the Western Axis Carabobo. For their development, the degree of knowledge that doctors and medical students had on the proper filling of the Death Certificate was described, collecting this information with the documentary methodology in the civil registries, directly observing 330 death certificates pertaining to the year 2013. The method of field study was also used at the descriptive – quantitative level, in two populations: the first one constituted by 6 civil registry officials, taking only the 3 managers of the certifications department as a simple; the second was a total of 116 physicians, taking as a simple in stratified form, 80%. Using

the statistical program SPSS, using statistical significance tests and for the difference of proportions, the test of the useful square CHI was applied and thus the meaning of the different proportions was tested. It is concluded that the doctors in their undergraduate studies, do not receive training for the knowledge in the aspects of the filling of the Certificates; Likewise, there was a lack of interest on the subject within the group of the respondents. It is recommended the incorporation, within the university of a chair directly linked to the knowledge of the aspects of the Certificate of Death for its correct filling.

Descriptors: Certificate of the Death, evaluation, document, knowledge.

INTRODUCCION

El Certificado de Defunción es un documento sanitario, de carácter médico legal de uso estadístico por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, Instituto Nacional de Estadística y Consejo Nacional Electoral, en él se recolecta información sanitaria, socio-demográfica, así como principales causas de muertes ocurridas y registradas en todo el territorio nacional, estatal y municipal. Todo Certificado de Defunción principalmente debe registrar datos de identificación del difunto: Nombre Completo, Edad, Cedula de Identidad o Pasaporte, Dirección, Nacionalidad, Ocupación, Nivel Académico, en general todos ellos incluyendo filiación y datos de familiares, además dejar por escrito causa básica de muerte de forma correcta. Igualmente debe aparecer registrado los datos del médico que ha llenado el Certificado. Sin embargo, es bien sabido que estos documentos diariamente son redactados con errores, no solo cuando se producen las muertes fuera de un hospital (muerte domiciliaria o criminalidad), sino en las instituciones asistenciales de Salud, estos certificados poseen información descriptiva de la muerte de un individuo, el cual se expone como información de la misma que el paciente falleció debido a muerte natural o muerte súbita, lo cual en el estricto vocablo médico, no es una patología establecida de fallecimiento, esto tiene una consecuencia directa en la variabilidad de las estadísticas de mortalidad llevadas por los entes gubernamentales, lo que también afectaría los resultados en las posibles medidas sanitarias a adoptar.

El llenado óptimo de los Certificados de Defunción, reviste una responsabilidad médico legal, debido a que de ello puede desprenderse una decisión judicial justa o no, el uso de este documento y su debido llenado o no, podría ser determinante dentro de las investigaciones que se llevan frente a un proceso judicial.

Por ello se realizó este estudio con el fin de analizar la importancia de un buen llenado de los Certificados de Defunción en la red Hospitalaria del Eje Occidental Carabobo.

Evaluar la importancia del llenado los Certificados de Defunción en esta red hospitalaria requiere de un arqueo bibliográfico donde destacan: Cobo, J (2002), España, cuya obra se titula: *Certificado médico de defunción. Manual de cumplimentación*. En la página web, www.sabin.org/sites/sabin.org se publica un artículo de Lima Perú, titulado importancia de las estadísticas vitales, elaborado por el Dr. *Luis Suarez Gonio (s/f)* en el que se resume su estudio de campo, exponiendo las debilidades encontradas al momento de hacer los registros de nacimiento y elaboración de actas de defunción.

No menos importante el artículo disponible en <http://www.scielo.edu.uy> publicado en 2012 en la Revista Médica de Uruguay titulado: *sobre la Certificación de la Defunción* y escrita por el Dr. Guido Berro Rovira, donde expone como es la expedición correcta de los certificados de defunción y sobre cómo debe ser utilizado este trascendente documento médico legal, con importantes repercusiones administrativas, sanitarias, jurídicas y de gran valor epidemiológico. En España también se publicó un artículo, disponible en <http://es.slideshare.net> titulado: *aspectos legales y certificados de defunción*, en el que se explica el trámite legal para poder enterrar o exhumar los restos de un difunto en España.

Estos artículos demuestran que su regulación está sujeta a una normativa que establece una responsabilidad múltiple del facultativo cuando lo ejecuta. Llenar un certificado de defunción, es un acto médico, que reviste en sí mismo tanta importancia, como cualquier otro que realiza el medico en el enfermo cuando está vivo.

Por lo anteriormente expuesto, este articulo trata sobre la evaluación del conocimiento que poseen los médicos y estudiantes de medicina en el buen llenado de los Certificados de Defunción, tomando la Red Hospitalaria del Eje Occidental del Estado Carabobo, el cual está conformado por 3 municipios a saber: Bejuma, Montalbán y Miranda. Acá la distribución de los certificados de Defunción se hace a cada establecimiento de salud, a nivel público, privado y medica turas forenses, y basados en el número de muertes que allí ocurren, la numeración está controlada durante todo el proceso, desde que se envían hasta que los certificados regresan a nivel local y luego estatal.

Del Certificado de Defunción, depende en gran parte el buen funcionamiento y análisis de las políticas sanitarias aplicadas por entes gubernamentales competentes en materia de salud pública, con el fin así de dictar medidas más acordes a la situación presente en el país,

estado o municipio, según el ámbito de aplicación que le competa, de allí la importancia de un efectivo llenado o vaciado de información al momento de elaboración.

En la Red Hospitalaria del Eje Occidental Carabobo, el personal médico encargado de plasmar la información en los certificados de defunción, lo hacen de manera somera, quizás por el desconocimiento de las normas y procedimientos para el llenado del mismo, exceso de trabajo, prisa, delegación de funciones, que llevan a un su registro o mal registro de estadísticas vitales, importante para los familiares del difunto, que pueden establecer antecedentes familiares patológicos y al Estado ya que estas estadísticas sirven de fuente de consulta constante para el desarrollo de políticas sanitarias acordes a la realidad curativas y preventivas.

Método

En primera instancia se realizó una investigación de tipo documental, a través de observación directa y sistematizado en block de notas recoger información de la revisión de los certificados de defunción, fue un total de 323 certificados revisados equivalentes a las muertes ocurridas en el año 2013, en los municipio Bejuma, Miranda y Montalbán, del Distrito Sanitario Eje Occidental, ubicado en la Dirección Regional de Epidemiología de INSALUD Carabobo, esta información permitió adentrar al problema: Errores más frecuentes en la elaboración de los Certificados de Defunción.

En segundo plano se realizó una investigación de campo a la población de seis (6) funcionarios del registro civil, seleccionando para la muestra solo tres (3), encargados del departamento de certificación de defunción, para conocer su percepción sobre el llenado de las certificaciones de defunción, elaboradas por los médicos y archivadas por este organismo. Se le aplicó el instrumento de la encuesta, estructurada de preguntas dicotómicas con 11 ítems.

Paralelamente se fue directamente al diagnóstico de la población en las instituciones de salud ubicadas en el eje occidental, conformada por un total de 116: médicos y estudiantes de medicina, que se dedican a la elaboración de los certificados de defunción del Distrito Sanitario Eje Occidental ubicado en la Dirección Regional de Epidemiología de INSALUD Carabobo. La muestra se hizo estratificada y permitió medir el conocimiento y opinión que tienen los médicos y estudiantes sobre la importancia del buen llenado del certificado de defunción. La muestra se estructuró así: 16 médicos especialistas, 15 médicos residentes,

12 médicos rurales, 40 médicos integrales comunitarios y 20 estudiantes de medicina del último año, para un total de 103 médicos equivalentes al 80% del personal médico que labora en redes públicas y privadas de salud del distrito sanitario eje occidental del estado Carabobo.

Se analizó la variable sobre el conocimiento del buen llenado de los Certificados de Defunción en el Distrito Sanitario Eje Occidental Estado Carabobo, con la finalidad de aportar información real acerca del tema, utilizando el programa estadístico S.P.S.S (Statistical Package for the Social Sciences o Statistical Product and Solutions), y se utilizaron pruebas de significación estadística para probar hipótesis y para aceptar y rechazar hipótesis nula. Para la diferencia de proporciones se aplicó la prueba de CHI cuadrado útil para probar el significado de diferentes proporciones.

Análisis

Revisión de los Certificados de Defunción. Del instrumento para recoger información de los certificados de defunción, elaborado por médicos del Distrito Sanitario Eje Occidental (Bejuma, Montalbán, Miranda), Estado Carabobo, durante el año 2013. El investigador solo identificaba afirmativo o negativo, según el criterio a considerar para sistematizar y resumir la información, en cuanto a las fortalezas y debilidades encontradas en el llenado de los certificados de defunción. El 68% de los certificados se identifica el tipo de defunción, 80% la letra es clara y legible y 79% de los casos la sección de identificación del fallecido está completo su llenado. En la sección IV de muerte en mujeres en edad fértil, está completo su llenado en un 71%. En la sección V muerte violenta presuntiva en un 76% de los casos está completo su llenado, en un 69% hay certificación médica describiendo causa básica de muerte y 92% se llena completamente el responsable de la certificación. Se observa que en un 36% solamente se lleva la secuencia al llenar la causa básica de muerte, 23% llena el intervalo aproximado entre el inicio de enfermedad y la muerte y 34% llena otros estados patológicos que contribuyen a la muerte.

El 67 % dice que a su parecer los errores más frecuentemente cometidos por los médicos al llenar el Certificado de Defunción están en los datos de la sección IV, mientras que un 33% dice que están en la sección V. El 67 % avala el Certificado de Defunción en cuanto a que está bien estructurado y 33% considera que se deberían reducir datos. Así mismo el 67

% de los encuestados expresa que las copias enviadas a la dirección de epidemiología, instituto nacional de estadísticas y consejo nacional electoral tienen mucha importancia.

Cuadro N° 1 Resultados sobre los criterios evaluados en la observación de los documentos de Defunción EV-14

Criterios	Sí	%	No	%2
Identifica el tipo de defunción	220	68	103	32
La letra del certificado es clara y legible	258	80	65	20
Datos de la sección I identificación del fallecido está completo su llenado	256	79	63	21
Datos de la sección II muerte en menores 1 año o muerte fetal: está completo su llenado	226	79	21	21
Sección III muertes 1 año o más: está completo su llenado	234	79	61	21
Sección IV muerte en mujeres en edad fértil: Está completo su llenado	104	71	14	29
Sección V muerte violenta presuntiva: está completo su llenado	45	76	14	24
Sección IV certificación médica se describe e identifica la causa básica de muerte	223	69	100	31
Sección IV certificación médica lleva la secuencia al llenar la causa básica pasando causa intermedia para llegar a causa directa	117	36	206	64
Sección IV certificación medica: llena el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	73	23	248	77
Sección IV certificación medica: llena los espacios de otros estados patológicos que contribuyen a la muerte	110	34	213	66
Sección VII Responsable de la certificación: llena completo esta sección	296	92	27	8

La autora 2014.

Encuesta a los funcionarios de Registro Civil. Los ítems que fueron evaluados a los funcionarios del Registro Civil fueron estructurados, según el contenido de la información que se deseaba, de manera que se obtuviera información relevante desde la praxis de estos, basados en los criterios de experiencia y lugar de formación para el conocimiento sobre el llenado de Certificado de Defunción por parte del funcionario. Según los resultados, en relación al conocimiento o experiencia en la revisión de los datos contenidos en el Certificado de Defunción, 33% manifestaron tener experiencia en la revisión de los certificados de defunción, 33% sostiene tener poca experiencia 33% restante significativamente escasa experiencia.

El 100% manifiesta que la experiencia y conocimiento obtenido sobre el Certificado de Defunción se obtuvo por medio de talleres o cursos de inducción al personal de registros civiles.

El 33% manifiesta leer las instrucciones para el llenado del Certificado de Defunción y 67 % manifiesta leerlo ante cualquier sospecha o duda con respecto al llenado del Certificado de Defunción.

El 100% de los encuestados sostienen que el llenado del Certificado de Defunción por parte de los médicos está incompleto, el 33% de los encuestados expresa que siempre ve siglas en el diagnóstico de causa básica de muerte en el Certificado de Defunción y 33% afirma que nunca la letra es legible. El 33 % de los funcionarios del Registro Civil encuestados manifiesta que siempre llevan la secuencia de la causa de muerte, 100% considera se deben realizar talleres en conjunto personal del registro civil, médicos y autoridades sanitarias para el buen llenado de los Certificados de Defunción.

El 67 % dice que a su parecer los errores más frecuentemente cometidos por los médicos al llenar el Certificado de Defunción están en los datos de la sección IV, mientras que un 33% dice que están en la sección V. El 67 % avala el Certificado de Defunción en cuanto a que está bien estructurado y 33% considera que se deberían reducir datos. Así mismo el 67 % de los encuestados expresa que las copias enviadas a la dirección de epidemiología, instituto nacional de estadísticas y consejo nacional electoral tienen mucha importancia.

Encuesta a Médicos. 57.3% respondieron tener conocimiento sobre el llenado de Certificado de Defunción, 28,2% dijeron tener muy poco conocimiento y un 12,6% no tienen conocimiento sobre el llenado. El 44,7% del personal médico encuestado recibió formación de Universidades y Escuelas de Medicina, mientras 40,8% adquirieron su conocimiento sobre el llenado de los Certificados de Defunción a través del personal de salud. El resto 14,6% no tiene conocimiento.

En relación al seguimiento de las instrucciones para llenar los Certificados de Defunción establecidos al reverso del formato, el 40,8% lee las instrucciones, 45,6% las lee algunas veces, 7,8% no las lee y 1,9% no respondió a las preguntas.

Analizando la identificación del tipo de muerte en el Certificado de Defunción (muerte fetal, muerte de menores de 1 año y muertes mayores de 1 año), 62% identificaba el tipo de muerte, 24 % lo hace algunas veces, 7,8 % no la identifica y un 5 % no les da importancia a

esos datos. El 71 % de los encuestados toma en cuenta e interés el llenado completa de la primera parte o información general del Certificado de Defunción, el 19 % algunas veces y 10 % no le da importancia. 70 % respondieron que tomaban en cuenta el lugar de deceso y lugar de residencia, 22 % dice hacerlo alguna vez y 8% dice no tomarlo en cuenta.

Acerca del llenado del certificado de defunción de muertes en mujeres en edad fértil (12-48 años), el 70 % de los encuestados dijeron llenarla completa, 19% lo llena algunas veces y 11 % no lo llenan o no lo contestaron. El 73% dice saber causa básica de muerte y antecedentes y causas directas de muerte, 24% dice tener poco conocimiento y 3% dice no saber o no respondió. El 62 % dice seguir la secuencia de la causa básica de muerte directa, 33% siente necesidad de orientación y 5% no respondió o no les da importancia a esos datos. El 62% describe el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte no escribe sigla en el diagnóstico de causa de muerte, 6% lo hace a veces, 5% no le da importancia y 3% si escribe las siglas. El 44% escriben otros estados morbosos o patológicos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, 28% lo hace algunas veces, 20% no lo hace y 8% no le importancia.

Lo que se refiere al llenado de los Certificados de Defunción en caso de Muerte Violenta el 66% de los encuestados dicen llenar los datos completos, mientras que un 29 % no las llena en espera de las autoridades y 4 % no contesto o no le da importancia, lo que respecta a el llenado de los espacios para codificación del certificado de defunción, el 51,5% los llena, un 22% lo llena a veces, el 14,22 no los llena y un 4% no respondieron el ítem. El 69,9% de los encuestados opinan que el certificado de defunción está bien estructurado, 14,6% cree se deben eliminar algunas secciones y 6,8% no respondió, así mismo el 66% de los encuestados sugieren que las Universidades formen a personas encargadas de llenar los Certificados de Defunción y 29% sugiere que haya una inducción teórico-práctica para el aprendizaje del llenado del certificado, dada por el personal de epidemiología del municipio.

Cuadro 3: Estratos de médicos y estudiante de medicina

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Estudiantes	20	19,4
	Residentes	15	14,6
	Especialistas	16	15,5
	Rurales	12	11,7
	Integrales	40	38,8
	Total	103	100,0

La autora 2014

Cuadro 4: Ítem 1-Conocimiento sobre el llenado del EV-14 o certificado de defunción

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tengo conocimiento	59	57,3
	No tengo conocimiento	13	12,6
	Tengo muy poco conocimiento	29	28,2
	No contesto	2	1,9
	Total	103	100,0

La autora 2014

Cuadro 5: Ítem 2. Forma de adquirir el Conocimiento sobre el AV-14

		Frecuencia	Porcentaje
v a l i d o s	Universidad, escuela de medicina	46	44,7
	Personal de salud donde presto mis servicios	42	40,8
	No he obtenido conocimiento de ninguna fuente	15	14,6
	Total	103	100,0

La autora 2014

Cuadro 7: ítem 4. Sigue las instrucciones para llenar los EV14 o los certificados de defunción establecidos en el reverso del formato

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre sigo las instrucciones	55	53,4
	nunca sigo las instrucciones	9	8,7
	Algunas veces sigo las instrucciones	27	26,2
	Nunca las he visto	1	1,0
	No contesto	11	10,7
	Total	103	100,0

Cuadro 8: ítem 5. Identifica usted el tipo de muerte en el EV14 (muerte fetal, muertes de menores de 1 año y muertes mayores a 1 año)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre la identifico	64	62,1
	Nunca la identifico	8	7,8
	Algunas veces la identifico	25	24,3
	Para mí no tiene importancia	5	4,9
	No contesto	1	1,0
	Total	103	100,0

La autora 2014.

Prueba de CHI cuadrado. Para comprobar la hipótesis de asociación entre variables, conocimiento o experiencia sobre el llenado del Certificado de Defunción, según el instrumento aplicado, se utilizó este procesamiento estadístico con igual significación establecida para la prueba (0.05) lo que significa que igual que en el caso anterior se está utilizando un nivel de confianza del 95%. Según esta prueba existen evidencias, en base a estos resultados estadísticos encontrados, si hay asociación entre el estrato medico al que pertenecen el sujeto encuestado y el conocimiento o experiencia sobre el llenado del certificado de defunción.

Cuadro N 23: Prueba de Chi Cuadrado

Estrato	Ítem 1				Total
	Tengo conocimiento	No tengo conocimiento	Tengo muy poco conocimiento	No contesto	
Estudiante Recuento	5	5	10	0	20
Frecuencia esperada	11,5	2,5	5,6	0,4	20,0
Residentes Recuento	13	0	2	0	15
Frecuencia esperada	8,6	1,9	4,2	0,3	15,0
Especialistas Recuento	15	0	1	0	16
Frecuencia esperada	9,2	2,0	4,5	0,3	16,0
Rurales Recuento	11	0	1	0	12
Frecuencia esperada	6,9	1,5	3,4	0,2	12,0
Integrales Recuento	15	8	15	2	40
Frecuencia esperada	22,9	5,0	11,3	0,8	40,0
Total, Recuento	59	13	29	2	103
Frecuencia esperada	59,0	13,0	29,0	2,0	103,0

CONCLUSIONES

Las informaciones que aportaron los encuestados en la entrevista, se debe destacar que, en ningún pensum de las Universidades Nacionales Autónomas y Experimentales, se imparte una cátedra directamente ligada al conocimiento de la normativa y procedimiento para el buen llenado del Certificado de Defunción. También se evidencia en los resultados de la investigación, que el grupo de encuestados que denota mayor falta de interés y/o conocimiento sobre el objeto de estudio, son los estudiantes y médicos rurales. Así mismo el mayor dominio en relación al conocimiento sobre el buen llenado de los Certificados de Defunción son los médicos especialistas, los médicos integrales comunitarios y los médicos residentes, al gozar ellos de mayor experiencia por su trayectoria laboral, se evidencia que en décadas anteriores la enseñanza de los aspectos importantes para el llenado del Certificado de Defunción era impartida en las Escuelas de Medicina de las universidades del país, ahora bien quizás por la falta de conocimientos acerca de la importancia médico legal y estadística de este documento, las escuelas de medicina no han hecho énfasis en la enseñanza de los aspectos de los mismos a las siguientes generaciones las cuales

actualmente carecen según evidencio, de las habilidades y conocimientos necesarios que permitan el correcto llenado del mismo.

A pesar de que, en el llenado del certificado de defunción, la causa básica de muerte si se identifica en la mayoría, la secuencia entre ella, antecedentes y causa directa de la muerte, para llenar esta causa no se cumple; y en poco caso se llenó el espacio destinado a estados morbosos y patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no es causa directa.

Vistos los resultados se hace necesaria la organización del personal médico para elaborar un proyecto donde se especifique la necesidad de formación permanente en el llenado de los formatos medico legales y así incluir el llenado del Certificado de Defunción dentro del proyecto de puede sugerir al Ministerio del Poder Popular para Educación Superior y al Ministerio del Poder Popular para la Salud, estudiar la posibilidad de incorporar al pensum de estudio de todas las universidades autónomas y experimentales una cátedra dedicada al estudio del certificado de defunción que contenga información general, importancia médico legal y estadística y criterios del llenado del mismo, ya que de su efectivo llenado derivan importantes informaciones estadísticas, las cuales son tomadas por las autoridades competentes para desarrollar los diferentes programas de Salud Pública Nacional, Estatal y Municipal, del mismo modo su análisis permite la depuración del Registro Electoral Permanente.

REFERENCIAS

Berro, B. (2012) *Certificación Médica*, Editorial el Sol de Uruguay. Revista Argentina, disponible en <http://www.scielo.edu.uy>

Casado, M. (2008) *Manual de Documentos Médicos Legales*, disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx>

Cobo, J. (2002) *Certificado Médico de Defunción. Manual de cumplimentación*. España.

Torre, P (2009). *Evaluación de la Calidad de llenado de los Certificados de Defunción*. Dirección General de Información de Salud. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx>

Gibbs, (2011). *Diseño en implementación de un sistema de información para el registro de los Certificados de Defunción en el Instituto de Salud Pública en San Félix Estado Bolívar* para optar al título de informática en la Universidad Nacional Experimental de Guayana.

Martínez, (2006). *Aspectos legales y Certificado de Defunción*, España, disponible en <https://es.slideshare.net>

Martínez, H. (2014). *Conducta que se ha de seguir ante el aviso de un paciente sin vida*. Disponible en www.fm.es

Suarez, L. (s/f). Lima Perú, *Importancia de las Estadísticas Vitales*, disponible en www.sabin.org/sites/sabin.org

**LA MEDICINA ESTÉTICA, ANTIENVEJECIMIENTO, CIRUGÍA
ESTÉTICA Y COSMETOLÓGICA EN VENEZUELA.
ABORDAJE PARA SU REGLAMENTACIÓN**

Autor: Calderón Julio

RESUMEN

La medicina estética es la práctica médica preventiva y curativa que se realiza en las personas para mejorar su apariencia física a consecuencias de los estragos del organismo por el tiempo, hábito alimenticio, expresiones, trabajo, accidentes o enfermedades que han dejado secuelas en el rostro o su cuerpo. En Venezuela, la Medicina Estética es una especialidad reciente aprobada en 2009 por la Federación Médica Venezolana, pero aún las universidades no existen un pensum para dicha especialización, trayendo como consecuencia el intrusismo entre las especialidades de dermatología y cirugía plástica. Esta situación motivó el estudio que tiene el propósito de Analizar el ejercicio profesional de la especialidad de la medicina estética, antienvjecimiento y cirugías estéticas y cosmetológicas y así cimentar los lineamientos para su reglamentación. El estudio se realizó bajo la metodología de campo apoyada en la documental de tipo descriptiva y se le aplicó, la técnica de la encuesta dicotómica a una población de 10 pacientes. De esta manera se concluyó que por las consecuencias que originan el intrusismo médico se requiere un marco jurídico que regule el accionar del mismo y se recomienda emplazar a las instituciones universitarias y centros asistenciales de post grado venezolanas a estudiar las posibilidades reales de establecer estudio académicos legales conforme se requiere para el ejercicio de especialidad.

Palabras Claves: Derecho médico, demandas, riesgo legal, responsabilidad.

ABSTRACT

Aesthetic medicine is the preventive and curative medical practice performed in people to improve their physical appearance due to the ravages of the organism due to time, eating habits, expressions, work, accidents or illnesses that have left scars on the face or her body. In Venezuela, Aesthetic Medicine is a recent specialty approved in 2009 by the Venezuelan Medical Federation, but even universities do not have a curriculum for such specialization, resulting in the intrusion between the specialties of dermatology and plastic surgery. This situation motivated the study that has the purpose of analyzing the professional practice of the specialty of aesthetic medicine, anti-aging and aesthetic and cosmetic surgeries and thus cementing the guidelines for its regulation. The study was carried out using the field methodology supported by the descriptive type documentary and the dichotomous survey technique was applied to a population of 10 patients. Thus, it was concluded that due to the consequences of medical intrusiveness, a legal framework is required to regulate its actions and it is recommended that university institutions and Venezuelan post-graduate health centers study the real possibilities of establishing legal academic studies. as required for the specialty exercise.

Key words: Medical law, lawsuits, legal risk, liability.

INTRODUCCION

Desde tiempos centenarios, la medicina se constituye como una de las profesiones más importantes para la humanidad en la medida en que su ciencia está en la constante búsqueda de la preservación de la integridad de la persona mediante la prevención y tratamiento de los diferentes males que aquejan al cuerpo. Con el paso del tiempo, el fin de la medicina ha venido avanzando convirtiéndose en un concepto más generalizado para el ser humano que incluye diagnóstico, curación y prevención para la conservación del bienestar físico, psíquico y social, es allí donde esta profesión ha ampliado su contexto inicial para abordar las diferentes áreas que la modernidad exige a través de sus diversas especialidades.

La medicina estética, es una de las especialidades que surge en estas dos últimas décadas con mucho boom, teniendo como fin, según la enciclopedia libre Wikipedia (2012), citado por Andersen (2005) "... la restauración, el mantenimiento y la promoción de la estética, la belleza y la salud, para lo que utiliza prácticas médicas y de pequeño intervencionismo, en las que se emplea anestesia tópica o local y en régimen ambulatorio". [mayo, 2014]. Junto a ella, nace la reciente medicina antienvjecimiento con el deseo básico, desde épocas remotas, de devolver al organismo humano la juventud perdida, esto es, rejuvenecer. La medicina antienvjecimiento es un sistema integral, preventivo y curativo, que, a partir del estudio del envejecimiento natural, descarta los factores perjudiciales que producen un envejecimiento prematuro, proponiendo un sistema de vida de promoción de la salud, aplicando técnicas correctoras de los signos estéticos y orgánicos de decaimiento corporal.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS), según Castaño (2006), estableció en 1946, que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y propuso a la medicina tres tareas: tratar la enfermedad, prevenirla y promover la salud. Concatenado a ello, surgieron unos movimientos para su regulación considerando que ha llegado el momento en que la medicina aplique sus conocimientos y sus técnicas a ayudar a llevar una vida larga y sana, gracias al apoyo de la medicina antienvjecimiento y estética pero que igualmente requiere de un marco legal centrado en que la existencia es un valor fundamental consagrado en la Carta de los derechos fundamentales, el cual no debe ser manipulado sino protegido, por constituirse en el instrumento privilegiado por medio del cual cada hombre se encamina a mejorar sus derechos fundamentales. Este razonamiento

obliga a cada individuo a conservar su vida, a defenderla y enriquecerla en la medida de sus posibilidades, al tiempo que exige del resto de sus congéneres un tratamiento acorde.

Este principio es amparado en la Legislación Venezolana, que igualmente acoge el principio de la dignidad del ser humano, la cual es, quizá la categoría moral más compartida por las doctrinas ideológicas. Por tal motivo el Estado Venezolano tiene el deber jurídico de respetar la dignidad de los ciudadanos venezolanos. La normatividad sobre los derechos de los pacientes se nutre, sobre todo, de la doctrina de los derechos humanos y del discurso bioético, en cuanto a principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia y específicamente son derechos en la atención a la salud, cuyo respeto se demanda en el proceso mismo de la atención que se otorga en servicios públicos y privados. Y es así, que, dentro del marco jurídico, de la carta magna, como lo es la constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), se contempla la vida del ciudadano como un derecho inalienable, su artículo 83 reza que:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Seguido, el artículo 84 que establece la obligación del estado, donde expresa:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Considerando estos dos preceptos constitucionales, el médico tiene una cuota importantísima de responsabilidad en sus manos, pues es él quien legalmente está facultado para ofrecer la medicina preventiva y curativa; más aún, en estos tiempos donde ha surgido la nueva especialidad denominada Medicina Estética y Antienvjecimiento y la tan conocida denominación inglesa: anti-aging medicine. Se hace necesario el reconocimiento

médico, el conocimiento de sus bases biológicas y bioquímicas, su creciente aplicación clínica que se une a una expectativa social, manifestada en todos los medios de comunicación, y en la inquietud de muchas personas que se preocupan por conocer sus fundamentos y sus principales logros, a veces con perspectivas exageradas, pero en especial, analizar las aplicaciones del derecho a los procedimientos médicos y sus mutuas interrelaciones, el derecho médico.

El concepto de Derecho médico, se reconoce como autor, al médico y abogado venezolano, Rafael Aguiar-Guevara, (2001) quien define al Derecho médico como:

El conjunto de normas jurídicas y preceptos ético-morales, de carácter Público y Privado, que regula la actividad del médico con motivo del ejercicio de su profesión, regula la relación médico-paciente y las consecuencias derivadas de la misma; estableciendo así los principios generales de la responsabilidad legal médica (p. 67)

En relación al derecho médico en el país, existen situaciones que han marcado precedentes para la búsqueda de una regulación como proyecto de Ley en Medicina Estética y antienvjecimiento y cirugías estéticas y cosmetológicas. Estas situaciones narradas por Aguilar, (2009), surgen en el año 2002, cuando comienzan a llegar al país los primeros especialistas en Medicina y Cirugía Estética provenientes de Europa, específicamente de España, egresados de la Universidad de las Islas Baleares, en el Archipiélago Balear, en el Mar Mediterráneo. Fundan la Sociedad Interamericana de Medicina, Cirugía Estética y Cosmetológica con sede en Barquisimeto, Estado Lara, desde allí comienza su lucha por lograr que esta nueva especialidad sea reconocida por la Federación Médica Venezolana.

Fue en el año 2009, según Aguilar (Op. cit) que fue aprobada la Especialidad de Medicina Estética en la Asamblea Anual de la Federación Médica Venezolana y ratifica tal decisión en la Asamblea Nacional realizada en el año 2010 en Porlamar, Isla de Margarita, mantener el reconocimiento de la especialidad de Medicina Estética, también definir el área de competencia de esta especialidad, y definir el perfil de egresado de la especialidad de medicina estética con la participación de las Sociedades Científicas y al menos tres facultades de medicina donde se acepte la especialidad y en consecuencia se elabore el pensum. Acción que se vio detenida por la orden presidencial de paralizar hasta nuevo aviso los nuevos post grados universitarios en el país.

Sin embargo, dice Aguilar (Op. cit) que el grupo de médicos organizados, continúan en la lucha por el reconocimiento de la especialidad y se enviaron solicitudes tanto a la Federación Médica Venezolana (FMV), a la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina (AVEFAM), y a la Sociedad Interamericana de Medicina, Cirugía Estética y Cosmetológica (SIMCEC), para la discusión del pensum y aprobación del mismo sin obtener respuesta hasta el momento. En el 2013, solicitan un Derecho de Palabra en (FMV), para discutir una agenda, con una serie de puntos entre los cuales se encontraban los siguientes, (a) la aprobación de las horas crédito del certificado del congreso científico anual que se realiza con la finalidad de instaurar la educación médica continua, y actualizar los conocimientos nuevos que se desarrollan en todos los demás países a nivel internacional, (b) sentar la lucha contra el Intrusismo Medico, contemplado en la Ley del Ejercicio de la Medicina (2011), los artículos 3, 4 y 5 en concordancia los el 113 y 114, por parte de otras especialidades médicas y no médicas (Carreras Técnicas) que invaden el campo de las medicina estética.

En vista de ello, la SIMCEC, Asesorando a la Sociedad Venezolana de Estética Medica, propone la creación de una nueva alternativa para la aplicabilidad segura de la medicina estética, antienvjecimiento, cirugía estética y cosmetológica que consiste en el cambio del nombre de sus respectivas Sociedades y en estos momentos se hacen llamar Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Estética, Reconstructiva y Maxilofacial, y la Sociedad Venezolana de Dermatología Medica, Quirúrgica y Estética. Esta segunda sociedad comete dos delitos de intrusismo médico ya que ni son quirúrgicos ni son estéticos, porque tal como lo dice la materia aprobada de la Federación Médica Venezolana, no existe en el país ningún postgrado en medicina estética, como justifican poder ejercer sin aval académico universitario. Estos violentan flagrantemente el Artículo 14 de la Ley del ejercicio de la medicina que establece que para anunciarse en una especialidad médica o quirúrgica se requiere haber aprobado un curso de postgrado de la especialidad o de entrenamiento dirigido en un instituto nacional o extranjero”

La situaciones planteadas, donde el manejo del tráfico de influencias y el amiguismo por parte de los personeros que integran el Comité Ejecutivo de la FMV, donde avalan irregularidades contempladas como delito dentro de la Ley del Ejercicio de la Medicina, en los Artículos 3, 4 y 5 en concordancia con los Artículos 113 y 114, además de ejusdem, con

los artículos 405 y 409 del Código Procesal Penal Venezolano hace suponer que la incorporación de la medicina estética, antienvjecimiento, cirugías estéticas y cosmetológica en la legislación venezolana, podría causar modificaciones en los ámbitos legales y académicos, en Venezuela, por ello la siguiente investigación tiene como propósito Analizar el ejercicio profesional de la especialidad de la medicina estética, antienvjecimiento y cirugías estéticas y cosmetológicas a partir de un estudio de campo y según sus resultados cimentar los lineamientos para su reglamentación.

MÉTODO

En el siguiente trabajo se estudió el ejercicio profesional de la medicina estética, antienvjecimiento, las cirugías estéticas y cosmetológica revisando el marco legal con la finalidad de respaldar legalmente un derecho que tienen las personas de seleccionar esta especialidad médica para realizarse los tratamientos, procedimientos quirúrgicos que tenga a lugar solicitar el paciente, como también proteger a los médicos que consideran legítima esta especialidad y se encontrarían ante el dilema de tener que violar ley con todos los riesgos que eso implica. La investigación se basó empleando el método no experimental y de campo, ya que se observaron los hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural, y en este sentido, no se manipularon de manera intencional las variables. Adicionalmente, dentro del diseño no experimental, el presente estudio fue de tipo transaccional o transversal y aplicando la técnica de la encuesta a través del instrumento cuestionario con preguntas que ameritan respuestas dicotómicas, a una muestra aleatoria y estratificada de diez (10) pacientes que asisten a consulta en instituciones públicas y privadas.

En referencia para el análisis de los resultados se procedió a elaborar cuadros de frecuencia, fundamentado en la estadística descriptiva, que permitió la recolección, presentación, descripción, análisis e interpretación de datos. Posteriormente, se realizaron cuadros de frecuencia derivadas de las respuestas dadas a cada ítem, aportadas por los sujetos investigados. Para la presentación de los datos se elaboraron cuadros estadísticos donde los datos fueron ordenados con las especificaciones correspondientes. El resultado de las tabulaciones se expresó a través de gráficos circulares, a fin de presentar la información en forma expresiva y fácil de comprender. Posteriormente a la presentación de los datos se incorporó la emisión de juicio cualitativo por parte de los investigadores.

Cumpliendo con los objetivos propuestos, el estudio se desarrolló en dos Etapas, siendo la primera dada por la Recolección de la Información aplicando los instrumentos seleccionados según la técnica, previamente realizado una revisión de tipo documental, en donde se utilizaron datos secundarios, impresos o electrónicos, que corresponden a la regulación legislativa existente, para realizar una descripción de los hallazgos, estableciendo cual es la normatividad en la que se hace referencia a los deberes y responsabilidades civiles, penales, administrativas, disciplinarias, éticas y de moral pública, de aquellas personas que ejerzan labores médicas en organismos de salud en Venezuela. Luego se realizó el estudio de campo, aplicando la encuesta para determinar la opinión y conocimiento que tienen los pacientes que asisten a algunas instituciones públicas y privadas, de los conceptos del derecho médico, con el fin de explorar y describir su percepción y expectativas con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad de una alternativa jurídica de normar la especialidad de estética médica

La segunda etapa, reunió los datos recopilados y analizando las respuestas en cada ítem según el conocimiento por ellos generado, con lo que se establecieron los lineamientos generales del estudio de la alternativa jurídica de la especialidad de estética médica, de manera que abarca la normatividad existente, contempla los aspectos más relevantes motivo de demandas, y responde a las expectativas que los profesionales de la salud tienen frente a un tipo de postgrado como este.

ANALISIS

El estudio arrojó que, en Venezuela, en la especialidad de medicina estética, antienvjecimiento, cirugías estéticas y cosmetológicas se debe guiar por una normativa legal, de esta manera, tanto el profesional como el paciente están dentro de las alternativas legales que le influyen mayor seguridad al paciente que va a un establecimiento de salud a recibir un tratamiento médico. Así mismo, se establecieron los aspectos relevantes que afirman positivamente estar de acuerdo con los fines legales que persigue la medicina estética, antienvjecimiento, cirugías estéticas y cosmetológicas, y entran en abordaje de poderse reglamentar las actuaciones de los profesionales médicos en el libre ejercicio de esta especialidad.

CONCLUSIONES

En el siguiente trabajo se estudió la legalización de la medicina estética, antienvjecimiento, las cirugías estéticas y cosmetológica con la finalidad de respaldar un derecho que tienen las personas de seleccionar esta especialidad médica para realizarse los tratamientos, procedimientos quirúrgicos que tenga a lugar solicitar el paciente. Es bien sabido que asisten personas como pacientes a instituciones de salud públicas y privadas para mejorar su apariencia, corriendo estos el riesgo de una mala praxis ya que algunos de estos profesionales no tienen el estudio universitario para aplicar dichos procedimientos, y en el peor de los casos, no pertenecen a la profesión de la medicina. Igualmente, abordar la reglamentación para proteger a los médicos que consideran legítima esta especialidad y se encuentran ante el dilema de tener que violar ley con todos los riesgos que eso implica.

La información, sobre el conocimiento que debe tener el médico, los derechos del paciente como del médico y las implicaciones legales son desconocidas por la mayoría de los usuarios. Esto se debe a la ausencia de información a la comunidad y al vacío legal existente dentro del marco jurídico para la aplicabilidad del ejercicio profesional de la especialidad de la medicina estética, antienvjecimiento y cirugías estéticas y cosmetológicas, siendo necesario abordar en correspondencia con dicho marco legal.

Finalmente, hay que precisar, que, de continuar esta situación, donde el vacío legal sea el protagonista, habrá profesionales de diversas áreas de la salud aplicando procedimientos estéticos que no les compete, causando mala praxis, evasiones a la responsabilidad civil y penal que conlleve el caso y un paciente psicológica y físicamente traumatado por los resultados y hasta la muerte. Se recomienda, retomar la lucha para lograr el pensum en las universidades y abordar el tema legal para hacer cumplir las responsabilidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar-Guevara, R. (2001), *Tratado de Derecho Médico*. Editorial Legis.
- Aguilar, S. (2009), *El Derecho como base Social*. Fondo Editorial Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.
- Andersen, K. (2005), *Malpractice in practice*. Disponible http://ezraklein.typepad.com/blog/2005/07/malpractice_in_.html [Consulta: 2017]
- Castaño. (2006). *La responsabilidad jurídica por el acto médico Su componente institucional*. Disponible <http://www.paho.org> [Consulta: 2016]

Código Orgánico Procesal Penal (2012). *Gaceta Extraordinaria N° 6.078 de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas-Venezuela.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). *Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas-Venezuela.

Ley del Ejercicio de la Medicina (2011) *Gaceta Oficial N° 39.823* Caracas, Venezuela

¿ES LA EUTANASIA UNA PRACTICA SUJETA A LA VOLUNTAD DE DIOS?

Autora: Gabriela Rodríguez

RESUMEN

Este artículo se analiza y discute desde una perspectiva religiosa el carácter conceptual y legalidad del controvertido tema de la eutanasia, sin dejar de considerar variados factores que inciden en él. Se elaboran diversas percepciones conceptuales y se consideran las diferentes tendencias en relación a la muerte. Después de enfocar algunos aspectos de carácter moral-religioso presentes en las decisiones que se adoptan. La eutanasia, es la acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de una persona en calidad de paciente con alguna enfermedad terminal o graves malformaciones, para evitar sus sufrimientos. El concepto supone la intervención de un agente distinto del enfermo y que ella se lleve a cabo por el bien de éste, movida por la compasión. Teniendo como base lo anteriormente planteado, la presente investigación tuvo como objetivo general analizar la eutanasia desde una perspectiva moral de carácter religioso, buscando establecer lo que ha establecido Dios, a la luz de la Palabra, en relación al tema. El estudio se justifica puesto que la eutanasia ha generado posiciones encontradas, en donde la defensa de la vida sigue siendo el motivo de fondo para el rechazo de la eutanasia, para unos, y el derecho a morir con dignidad es uno de los principales argumentos utilizados por los otros.

Palabras Clave: Eutanasia, Pacientes, Enfermedad Terminal, cristianismo, Evangelio, Iglesia, Dios, Biblia.

IS EUTHANASIA A PRACTICE SUBJECT TO THE WILL OF GOD?

ABSTRACT

This article analyzes and discusses the conceptual character and legality of the controversial issue of euthanasia from a religious perspective, while considering various factors that affect it. Various conceptual perceptions are elaborated and the different tendencies in relation to death are considered. After focusing some moral-religious aspects present in the decisions that are adopted. Euthanasia is the action or omission that allows, accelerates or causes the death of a person as a patient with a terminal illness or serious malformations, to avoid their suffering. The concept involves the intervention of an agent other than the patient and that it is carried out for the good of the patient, moved by compassion. Based on the above, the present research had the general objective of analyzing euthanasia from a moral perspective of a religious nature, seeking to establish what God has established, in light of the Word, in relation to the subject. The study is justified since euthanasia has generated conflicting positions, where the defense of life remains the underlying motive for the rejection of euthanasia, for some, and the right to die with dignity is one of the main arguments used for the others.

Keywords: Euthanasia, Patients, Terminal Illness, Christianity, Gospel, Church, God, Bible.

INTRODUCCIÓN

La existencia de variadas concepciones y planteamientos respecto a la eutanasia es antigua. Es conocido el juramento “*jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten*”, establecido por Hipócrates. Platón por su parte afirma “*tu establecerás, oh Glaucon, una disciplina en el estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos limitándote a dar cuidado a los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos corporalmente, se les deje morir*”.

La eutanasia por motivos sociales era practicada en Grecia, Esparta, India, Mesopotamia y otras civilizaciones antiguas. De modo que la existencia y la defensa de la eutanasia, no es cosa reciente, el concepto ha experimentado una evolución desde su origen griego que etimológicamente significa “buena muerte”.

Lo primero que debemos emprender consiste en aclarar que entendemos por eutanasia y cuál es el problema moral que representa su práctica. Según la significación que se le dé al término, esto puede parecer ante la gente como un *crimen inhumano*, o bien, como un *acto de misericordiosa solidaridad*. Entre ambos significados existe una gran diferencia, que según se opte por uno o por otro, viene a determinar no solo la formación de la opinión pública, sino también y de forma más aun decisiva los criterios con los que políticos se disponen a legislar y gobernar las naciones.

Ahora bien, la práctica de la eutanasia engloba además una serie de factores éticos, morales, sociales, religiosos y hasta políticos. Desde el punto de vista jurídico, se confronta el principio de protección absoluta de la vida y la reclamación legítima de la autonomía individual, el respeto al derecho a la autodeterminación de la vida y de la muerte. Aunado a ello, la deontología médica exige al médico salvaguardar la vida de los pacientes, por lo que la aplicación de procedimientos médicos eutanásicos está rodeada de diversidad de discrepancias. ¿Pero que ha establecido Dios en cuanto a eso?

MATERIALES Y MÉTODOS

Para establecer la variación entre lo que algunos consideran moralmente correcto y otros no, fue preciso elaborar un estudio bibliográfico, documental para determinar la conceptualización del término eutanasia, su origen, aplicabilidad y el sometimiento de dichos conceptos a la luz de lo que establece el libro más antiguo de

todos los tiempos, las sagradas escrituras de la Biblia, y de esa manera poder concluir que es lo que ha dicho Dios al respecto en relación a la práctica o no de la eutanasia.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La decisión de la aplicación de la eutanasia ha sido un problema persistente en la historia de la humanidad, por la heterogeneidad y la multiplicidad de aspectos que involucra. Aborda distintas disciplinas como: la medicina, el derecho, la sociología, la política, la teología, la filosofía, entre otras. Es un hecho social importante, relacionado con otros hechos sociales fundamentales, como son la vida, la muerte, la salud, la enfermedad, los derechos humanos, el género, la ética y los valores.

En la Antigua Grecia la eutanasia no se planteaba como un problema moral ya que la concepción de la vida era diferente. *Cicerón* le da significado a la palabra como muerte digna, honesta y gloriosa. *Hipócrates* representa una notable excepción: él prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio. *Platón* dice: se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo.

¿Pero que establece Dios al respecto sobre su Voluntad?

Hay una línea fina que divide las posturas pro y contra la práctica de la eutanasia, puesto que en esta oportunidad voy a dividir mi postura, repasando el conocimiento legal, en las siguientes vertientes: Repasar el mero hecho conceptual del significado del término y evaluar que entiende la Iglesia.

Desde un punto de vista etimológico, podemos decir que eutanasia es una palabra compuesta que proviene del griego *eu*, *bien*, y *thanatos*, muerte; por consiguiente, no significa otra cosa más que “buena muerte” o “buen morir”. Actualmente este sentido etimológico ha servido para usar el término con la significación de *causar la muerte por piedad con el fin de eliminar radicalmente los sufrimientos de un ser humano*, o bien como, *procurar la muerte sin dolor a una persona con la finalidad de ponerle fin a su sufrimiento*.

A lo largo de la historia, se concibe entonces que la eutanasia se ha calificado como el derecho del paciente a decidir la forma y el momento de su muerte, tiene la finalidad de liberar a una persona de sus intensos sufrimientos o de una agonía dolorosa, que lo afecta como resultado de padecer una enfermedad grave e incurable. Esta figura es conocida también, como homicidio piadoso, que, en algunos casos, ha llegado a ser reconocida por ciertos sistemas judiciales, aunque solo está permitida legalmente en tres países, en el

estado de Oregón, Estados Unidos, aprobaron por referéndum en 1997; en Holanda, vigente desde abril de 2001 y finalmente en Bélgica, que, en septiembre del 2003, se convierte en el segundo país en aprobar leyes a favor de la eutanasia.

En la declaración de Lisboa "Derechos del paciente", enunciada durante la 34 Asamblea Médica Mundial, Portugal 1981, se recoge el derecho del paciente a, después de ser adecuadamente informado sobre el tratamiento, aceptarlo o rechazarlo y morir con dignidad. En la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, Italia, octubre 1983, se adopta un "Postulado sobre la Muerte" donde se reafirma que la determinación del momento de la muerte debe ser responsabilidad del médico. Por el contrario, en octubre de 1987,³ en Madrid, en la 38ª Asamblea Médica Mundial se firma una declaración sobre este particular donde dispone que "La eutanasia, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética".

Estos ordenamientos jurídicos que han permitido la inclusión de la eutanasia dentro de su régimen legal se fundamentan en el hecho, que es un derecho de la persona, una manifestación evidente de la autonomía personal del individuo.

Sin embargo, en Ginebra, en 1990, la OMS considera que, con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. En mayo del 2005, en la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, se ratifica la Declaración Adoptada en España en octubre 1987. Cuba, en el Simposio Internacional de "Coma y Muerte" realizado en Varadero, Matanzas en el año 2008, sobre la tesis de la muerte, confirma su posición en contra de la eutanasia y defiende los principios médicos de curar, aliviar o acompañar al paciente (Mtra. Elma del Carmen Trejo García. Investigadora Parlamentaria. Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. Enero, 2007).

La eutanasia, se transformó en una problemática que conjuga un dilema jurídico y moral.

Es un hecho cierto, que la vida se concibe como un derecho absoluto e intangible, como un bien inalienable, del que ni siquiera el propio individuo puede disponer y que, por esto, debe ser defendido incluso contra su voluntad. Existen aspectos indeterminados en torno a la eutanasia, como la dignidad humana y la autonomía, el no tomar al ser humano desde un punto de vista eminentemente biológico, la calidad de la vida y la libertad de elección disminuyen.

Sería importante reflexionar dentro de ese conocimiento, si se entiende el término eutanasia como homicidio por compasión, o como crimen inhumano, o bien como acto de misericordia solidaria, ya que se produce a petición del enfermo o por que la persona que va a realizarla sabe que su vida carece de calidad de ser digna.

La eutanasia ha sido manejada por dos corrientes filosóficas, integradas por hombres de ciencia y religión basándose en las creencias y conocimientos que hasta ese momento sus semejantes, como seres sociales, han desarrollado invocando la dignidad humana, tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad humana frente a un asunto exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros.

En la Edad Media, bajo la óptica de creencias religiosas cristianas, la práctica de la eutanasia es considerada como pecado, puesto que la persona no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por un ser sobrenatural. Con la Modernidad, se desgaja el pensamiento medieval, la perspectiva cristiana deja de ser la única y se conocen y discuten las ideas de la Antigüedad Clásica, se defiende que la salud puede ser alcanzada con el apoyo de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina. *Francis Bacon* en 1623, defiende que la muerte de un enfermo ayudado por el médico no constituye un problema religioso ya que es al científico a quien le corresponde determinar cuándo un hombre enfermo debe morir o no. *Tomás Moro* 1516, presenta una sociedad en la que los habitantes justifican el suicidio y también la eutanasia activa, sin usar este nombre.

La eutanasia es, sin duda, uno de los temas más incómodos de la agenda ética de quienes se consideran sus legítimos y únicos intérpretes, que la condenan sin matices, sin esfuerzo intelectual alguno, sin análisis crítico de la realidad, con argumentos que no resisten la prueba de la hermenéutica, ni filosófica ni teológica. Un gran número de personas están a favor de ella, argumentando que el otro grupo opuesto desoyen las opiniones de los expertos y adoptan posiciones dogmáticas inmisericordes. Refutando que sus argumentos para oponerse a la eutanasia es la apelación a la idea de Dios como señor feudal, como dueño y señor de la vida que la da y la quita cuando quiere, donde quiere y a quien quiere,

sin brizna alguna de sensibilidad hacia el sufrimiento humano, pasando de largo ante el dolor humano, ante las personas dolientes.

La eutanasia es un tema incómodo para la ética, quizá por una concepción sacra e idealizada de la vida y por una imagen trágica de la muerte y del miedo a la nada. También resulta incómodo para una determinada ética cristiana. Ahora bien, el juicio moral de la Iglesia sobre la eutanasia se fundamenta en la Ley Moral Natural y la Palabra de Dios, según el cual se nos dice que la vida humana es *sagrada e inviolable*.

Es *sagrada*, porque desde su inicio hasta su término comporta la acción creadora y el señorío (o el gobierno) de Dios; y es *inviolable*, en el sentido que indica un límite que nunca puede ser transgredido, lo cual exige de nuestra parte una actitud positiva de respeto absoluto por la vida humana. Esta inviolabilidad de la vida humana, *sensu stricto*, es el reflejo de la *inviolabilidad misma del Creador*. ¡Por eso en la tradición de la iglesia esta enseñanza esta expresada de forma unánime en el valor absoluto y permanente del mandamiento divino “no mataras” (Ex 20:13, Dt 5:17), ¡Matar a un ser humano en el que esta presenta la imagen de Dios, es un pecado particularmente grave, pues solo Dios es dueño de la vida!

En este sentido, podemos entender entonces la abrumadora verdad que lleva a la conclusión de que Dios se opone a la eutanasia, es Su soberanía. Sabemos que la muerte física es inevitable (Salmo 89:48; Hebreos 9:27). Sin embargo, sólo Dios es soberano sobre cuándo y cómo ocurre la muerte de una persona. Job testifica en Job 30:23, “Porque yo sé que (Tú Dios) me conduces a la muerte, y a la casa determinada a todo viviente.” En el Salmo 68:20, leemos, “Dios, nuestro Dios ha de salvarnos, y de Jehová el Señor es el librar de la muerte.” Eclesiastés 8:8a declara: “No hay hombre que tenga potestad sobre el espíritu para retener el espíritu, ni potestad sobre el día de la muerte;...” Dios tiene la última palabra sobre la muerte (ver también 1 Corintios 15:26, 54-56; Hebreos 2:9, 14-15; Apocalipsis 21:4). La eutanasia es la forma en que el hombre trata de usurpar esa autoridad de Dios.

La muerte es un evento natural. Nadie disfruta del sufrimiento, pero esto no justifica el determinar que una persona está lista para morir. Con frecuencia, los propósitos de Dios son cumplidos a través del sufrimiento de una persona. “En el día del bien goza del bien; y en el día de la adversidad considera, Dios hizo tanto lo uno como lo otro, a fin de que el

hombre nada halle después de él.” (Eclesiastés 7:14). Romanos 5:3 enseña que las tribulaciones producen paciencia. Dios otorga un propósito a la vida aún hasta su final. Solo Dios sabe lo que es mejor, y Su tiempo aún en la muerte de uno, es perfecto.

Al mismo tiempo, la Biblia no nos ordena hacer todo lo que podamos para prolongar la vida de una persona. Si una persona ha sido mantenida viva sólo por máquinas, no sería una ofensa a Dios el desconectar los tubos o máquinas y permitir que la persona muera. Si Dios deseara mantener viva a una persona, Él es perfectamente capaz de hacerlo sin la ayuda de tubos y/o máquinas.

Tomar una decisión como ésta, es muy difícil y doloroso. Nunca debemos buscar terminar la vida prematuramente, pero al mismo tiempo, tampoco debemos preservar una vida tanto como sea posible. El mejor consejo para cualquiera que enfrente esta decisión es orar a Dios por sabiduría respecto a lo que Él quiera que hagamos (Santiago 1:5).

Ahora bien, partiendo desde la base queda claro que el hombre primero fue hombre en la creación divina de Dios, antes de la titularidad legal otorgada por los hombres, como figura o género. Entonces el ser humano, en esa misma condición de individuo bien sea en su carácter meramente legal o espiritual tiene el derecho consagrado, sobre su la voluntad de decidir sobre su vida. A nivel mundial la mayoría de los ordenamientos jurídicos, otorgan al hombre, como raza humana, independientemente de su condición la libre elección sobre su desarrollo humano, amparados en los Derechos Humanos Fundamentales.

Dios, en su soberanía y perfecta creación, sabía a qué situaciones nos enfrentaríamos en este mundo, por ello no dejó nada que no estuviese estipulado, queda de parte nuestra la interpretación y aplicabilidad que le demos. Establece en su palabra en 2 Timoteo 1:7 NVI “Porque Dios nos ha dado un espíritu no de miedo, sino de poder, de amor y de dominio propio.”

Cabe establecer la definición de lo que es dominio propio definido como la capacidad que nos permite controlar a nosotros mismos, nuestras emociones y no que estas nos controlen a nosotros, sacándonos la posibilidad de elegir lo que queremos sentir en cada momento de nuestra vida.

¿Cómo encaja el dominio propio? En *todos* los aspectos de lo que se conoce como el fruto del Espíritu Santo dejado por Dios:

a) “Andad *en amor, como también Cristo nos amó, y se entregó a sí mismo por nosotros, ofrenda y sacrificio a Dios en olor fragante*” (Efesios 5:2, énfasis añadido). Por consiguiente necesitamos dominio propio para demostrar amor verdadero en vez de deseo o infatuación, para amar a los demás no como el mundo ama, sino como Cristo amó.

b) Necesitamos dominio propio para tener gozo en medio de las dificultades de la vida. “[Jesucristo] a quien amáis sin haberle visto, en quien, creyendo, aunque ahora no lo veáis, os alegráis con gozo inefable y glorioso” (1 Pedro 1:8).

c) Procurar el bien, requiere de dominio propio para no sólo buscar automáticamente nuestro bienestar, sino ser benignos y también buscar el bienestar de los demás (Filipenses 2:4).

d) Determinación a la hora de tomar decisiones va de la mano con el manejo del dominio propio para hacer lo bueno y escoger entrar por la puerta angosta que lleva a la vida en lugar de la puerta ancha que lleva a la destrucción (Mateo 7:13-14).

Se ha destacado a varios personajes bíblicos que sobresalieron por algún fruto del Espíritu en especial. Pero siendo Cristo el ejemplo perfecto en todos los aspectos el fruto, nadie podría ilustrar el fruto del dominio propio mejor que Él. La vida de Jesucristo como ser humano es el ejemplo insuperable de dominio propio. Para poder pagar la pena por nuestros pecados, era necesario que Jesús viviera una vida libre de pecado. Esto requirió de un constante dominio propio y la ayuda de Dios. Aun al enfrentar la evidente tentación de Satanás, quien lo tentó con los deseos de la carne, los deseos de los ojos, y la vanagloria de la vida, Jesucristo nunca perdió el control (Lucas 4:1-13).

Muchas veces también debió dominarse para permitir que la voluntad de Dios se hiciera tal como estaba planificado, absteniéndose. En otra ocasión, tuvo que esforzarse para no ir en contra de la voluntad de Dios, enfocándose en lo espiritual en lugar de lo físico (Mateo 26:39).

Los cristianos tenemos que darnos cuenta cuán importante es que nos conformemos a los principios divinos. El dominio propio significa que nos alejamos del pecado y hacemos solamente lo que es correcto. La persona disciplinada conoce y entiende la ley de Dios y no hace nada que esté fuera de sus límites.

Si ciertamente Dios, nos otorga el dominio propio pero su palabra establece en Deuteronomio 30:15-6 (RVR1960).

¹⁵ mira, yo he puesto delante de ti hoy la vida y el bien, la muerte y el mal;

¹⁶ porque yo te mando hoy que ames a Jehová tu Dios, que andes en sus caminos, y guardes sus mandamientos, sus estatutos y sus decretos, para que vivas y seas multiplicado, y Jehová tu Dios te bendiga en la tierra a la cual entras para tomar posesión de ella.

Deuteronomio 30:15-6 (RVR1960).

¹⁹ a los cielos y a la tierra llamo por testigos hoy contra vosotros, que os he puesto delante la vida y la muerte, la bendición y la maldición; escoge, pues, la vida, para que vivas tú y tu descendencia...

CONCLUSIÓN

Dejando en claro que sobre nuestro dominio propio está establecido el camino que debemos escoger según lo establece el en su palabra, más la promesa de bendición que recaerá sobre nosotros si escogemos el camino del bien y la obediencia a su palabra.

Aunque el principio de inviolabilidad de la vida humana parte en verdad de los preceptos bíblicos y postulados teológicos, lo cierto es que también es comprensible desde la razón. En efecto, el hombre descubre en el fondo de su propia conciencia la ley moral natural, la cual no se ha dictado así mismo. Tal ley moral, evidencia y prescribe las finalidades, los deberes y derechos de la persona humana. En ella se manifiesta el orden racional por el que el hombre es llamado por el Creador a dirigir y regular su vida y sus actos, y en la cual la razón descubre el valor moral específico de algunos bienes a los que la persona se sienta naturalmente inclinada. Desde esa perspectiva moral la vida humana encierra un valor que la convierte en el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social.

Por último, la dignidad de la persona humana constituye a su vez el fundamento de un humanismo integral y solidario a la altura del designio del amor de Dios. En efecto, es integral porque parte de una concepción antropológica que sostiene la unidad esencial del hombre y de todas sus diferentes dimensiones, con lo cual se opone a las visiones reduccionistas de tipo individualista y colectivista. Y es solidario, por cuanto a la persona está abierta a la trascendencia que le eleva por encima de sí misma y apela a su libre co-

responsabilidad respecto al destino común de toda la humanidad, lo cual le sitúa en una posición al egoísmo individualista que reduce al hombre a simple medio para otros fines meramente instrumentales.

Es la sociedad civil una especie de lugar en el que siempre es posible recomponer una ética pública, y quizás también personal, centrada en la solidaridad, la colaboración, el respeto, la co- responsabilidad y el dialogo partiendo en el sentido más simple y perfecto que es la mente de Cristo. Precisamente es la sociedad civil, donde los cristianos deben ser protagonistas de su identidad moral, en Cristo, cuyo compromiso renovado y su permanente reafirmación represente una autentica resistencia frente al horror del vacío ético. El auténtico desafío, entonces consiste en que los cristianos logren que su vida personal y publica contagiar las conciencias de otras personas, de manera que cada día haga de esos valores, valores compartidos que se encarnan en el mundo de la vida. Precisamente porque es en el mundo de la vida y no en el de la legalidad es donde puede llevarse a cabo esa revolución silenciosa de la vida moral cotidiana que está encaminada a reavivar y profundizar el interés por la persona humana y la dignidad.

El hombre se ha creído la mentira que sin Dios podrían existir y la religión se ha hecho copartícipe de dicha mentira, por consiguiente, estamos supuestos a una auditoria para evaluación integral y un proceso de reforma ya que la Iglesia es la representación corporal de Cristo aquí en la tierra, para dar a conocer la verdad de Cristo.

Esto representa la destrucción intencional de la vida humana. La decisión de dar fin a la vida de una persona involucra valores morales y religiosos, así como realidades médicas y legales. Por lo tanto, los creyentes en Jesucristo no pueden determinar sus derechos y privilegios solo por lo permisivo de la ley del estado o las posibilidades de seguridad de los procedimientos médicos. La moralidad cristiana demanda que consideremos tanto el mandamiento bíblico como la situación humana en la que la ley debe ser aplicada. La vida humana, ya sea naciente, madura o senil, es sagrada para los cristianos por causa de su fe de que la vida existe con relación a Dios.

Evaluar los temas como estos que resultan controversiales para la sociedad, requiere sin duda alguna, irnos al basamento original de todo lo existente, sus bases, fundaciones, sujetas fuera de la voluntad de hombre, establecidas desde el principio en la creación de todo lo que hoy permanece, la luz de la palabra, como instrumento brújula para guiarnos y

conducirnos a poseer la mente de Cristo, y bajo esa premisa conceptualizar los términos del modernismo, legislar a favor de la integridad humana y no de los procesos políticos de las Naciones, establecer normas donde participen todos los agentes sociales posibles, siendo la iglesia de Cristo la institución más antigua y más fuerte en tutela garante de lo establecido en la palabra de Dios, a beneficio de la humanidad.

REFERENCIAS

Aguilar S. (2009), *El Derecho como base Social*. Caracas: Fondo Editorial Universidad Católica Andrés Bello.

Bacon, F. (2004) *Historia Vital et Mortis*. Editorial Nueva Luz.

Castillo N. (2010). *Eutanasia y Derechos*. Ediciones Paredes. México.

Cepeda, O. (1995) *Eutanasia: Muerte sin Dolor. Eutanasia para Aliviar Dolores. Polémica de la Eutanasia*. Ecuador.

Conferencia Episcopal Venezolana (2011). Comisión Permanente Episcopal.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 36.860 (Extraordinario) de fecha 30 de diciembre de 1999. Caracas.

Convención Americana Sobre los Derechos Humanos. (1969). San José de Costa Rica.

Código Internacional de Ética Médica (1949)

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Suicidio con Ayuda Médica.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1984.

Diccionario de la Real Academia Española (2011). Ediciones Larousse.

Gascón, M., (2009) *Problemas de la Eutanasia*. Colombia.

Grupo de defensores. (2004), *Conferencia derecho a la Muerte Digna*. Panamá: Servicio de Publicaciones, ISSN

Ley del Ejercicio de la Medicina (2011) Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011

Mc Auliffe, C. (2006) *La Vida es Derecho, no un Deber*. Bogotá: Editorial Gonzana.

Morillo (2010). *La Eutanasia. ¿Morir Dignamente?* México: Ediciones Petroglifos.

Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948.

Reina Valera (1960). Santa Biblia

Repolles, Q. (2000) La Acción de Acortar Voluntariamente la Vida. Buenos Aires:
Editorial Aleza.

ARTICULISTAS

Ana María Urdaneta De Romero

Cesar Alexander Romero Suarez

Ángelo Lanza Scioscia

Aida Castillo Barrios

Daycar Cariño Barreto Ramos

Fidel Octavio Viera Tovar

Karol Nazareth Viera

Pedro Francisco Hernández Rivero

Ramón Rojas

Emilia Lugo

Orly María Laguna de Martínez

Miriam Chirivella

Julio Calderón

Gabriela Rodríguez

ISBN: 978-980-7335-53-9

