

***“UNA MIRADA FILOSÓFICA AL HORIZONTE BIOÉTICO
DEL LABERINTO QUIRÚRGICO”***



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS



**“UNA MIRADA FILOSÓFICA AL HORIZONTE BIOÉTICO DEL
LABERINTO QUIRÚRGICO”**

Autora: Nayeska M. Torres Castro

Tutora: Dra. Carmen C. Malpica Gracián

Asesor Metodológico: Dr. Jesús Leal

Valencia, Noviembre de 2011

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta Tesis Doctoral a:

Dios, todopoderoso por poner fe en mí y en todo cuanto me propongo, por permitirme sentir y saber que no me abandona, aún cuando creo ver un solo par de huellas.

Efraín, por su apoyo incondicional en todo momento; por ayudarme a concebir los dos logros más importantes de mi vida: Maria Victoria de tres añitos y Efraín Gerardo quien vendrá al mundo en tres semanas, con la ayuda de Dios.

Maria Victoria, mi niña bonita, mi dulce princesa, quien me acompañó en útero durante el ingreso al Doctorado. Su sonrisa e interrogantes cotidianas logran extraer lo mejor de mí y un enorme empeño por ser mejor madre para ella.

Efraín Gerardo Jr., por acompañarme en útero durante nueve de los últimos meses de este proceso y donar su tranquilidad para que mamá creciera profesionalmente, llevando a término la entrega de esta investigación.

Mi Madrina Honoria, por enseñarme que se puede dar amor, rigor y nobleza en la misma medida; por saber adquirir fortalezas en los momentos en que no caben las debilidades.

Mis Padres, Hermanas y Tía Mima, por estar siempre conmigo, aún en la distancia.

Mis Sobrinos, por crecer a mi lado y enriquecer mi existencia con tanto amor y satisfacciones que me brindan.

Dra. Carmen C. Malpica G., por ser mi tutora en esta Tesis Doctoral, ejemplo de sabiduría, aplomo y ética en todo momento. Por su esmerada labor: “Mil Gracias”.

A la vida misma por lo vivido, por ser tan bondadosa conmigo, por verme crecer, por buscarme los mejores escenarios para vivirla y reunirme con las mejores personas para quererlas y enriquecerme con ellas.

AGRADECIMIENTOS

Quiero brindarles un sincero reconocimiento al:

Dr. Jesús Leal Gutiérrez por su compromiso en la asesoría metodológica y el tiempo invertido durante la elaboración de esta Tesis Doctoral. Por su profesionalismo y mística: “Mil Gracias”.

Dra. Marta Cantavella, bioeticista, por ser parte importante del seguimiento de esta investigación al pertenecer al Comité Evaluador.

Dr. Gonzalo Medina Avelo, por su aporte invaluable en la presente Tesis Doctoral, su gran espíritu de colaboración, alto grado de compromiso y responsabilidad con la formación profesional.

Dr. José Ramón López Gómez, Dra. Xiomara González de Chirivella, Dra. Cira Bracho, por su entrega y labor esmerada, siempre buscando el tiempo para ayudar a quien lo necesite, deponiendo muchas veces las obligaciones que le son propias.

A Cirujanos Generales, Residentes de Postgrado y Pacientes Quirúrgicos del HUAL, por su valiosa participación en la presente investigación.

A **Alexandra**, por servir de guía y facilitadora en la comprensión de todos los requisitos académicos y administrativos de ingreso, permanencia y culminación del Doctorado en Ciencias Médicas.

A **Harold, Efren**, y al resto de mis compañeros del Doctorado por todas las experiencias académicas compartidas.

A la *Universidad de Carabobo*, por acogerme nuevamente durante tres años, con la paciencia con la que se alberga un hijo en la morada; porque a través de ella he podido explorar escenarios como este, entendiendo que no se es más feliz cuanto más se sabe, sino cuanto menos se ignore.

A todos los demás profesores que contribuyeron con mi formación profesional y a todos los que laboran en esta institución: el que preparó el café de mañana para que despertara, el que aseó el aula de clases que me albergó por casi tres años, el que fotocopió los libros de los cuales pude reflexionar y estudiar, los vigilantes que cuidaban nuestros intereses, en fin, a todo a aquel que contribuyó, aún sin yo saber: “Gracias Mil”.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria _____	v
Agradecimientos _____	vi
Índice _____	viii
Resumen _____	xxii
Summary _____	xxiii
Introducción _____	01
Escenario I: Evaluando el problema _____	03
<i>Delimitación del estudio</i> _____	11
Espacio _____	11
Período de ejecución _____	11
Universo _____	11
Alcances _____	11
<i>Propósitos</i> _____	12
General _____	12
Específicos _____	12
<i>Intencionalidad del estudio</i> _____	14
Escenario II: Contextualizando el problema _____	16
<i>Aspectos generales</i> _____	16
<i>Perspectiva filosófica de la cirugía</i> _____	18
• El origen de las especies y su influencia en la filosofía de la segunda mitad del siglo XIX _____	18
• Como se define la filosofía a través de la historia _____	20
• La postura filosófica de ser cirujano visto desde la filosofía aristotélica _____	21
• Aportes de la filosofía hipocrática en Aristóteles _____	22
• Filosofía, ética y medicina _____	23
• Filosofía y deontología _____	29
• La filosofía en la relación médico-paciente _____	30

<i>Perspectiva bioética</i> _____	32
• La bioética _____	32
• Bioética: Perspectiva histórica _____	36
• Bioética actual _____	37
• Ética y moral _____	38
• Reflexiones sobre la ética quirúrgica a la luz de la ética nicomaquea _____	40
• Ética quirúrgica _____	41
• La ética de hacer vs. la ética de ser _____	43
• Ética y derecho penal _____	43
 <i>Perspectiva médica</i> _____	 44
• La medicina _____	44
• Objetivos de la práctica médica _____	44
• Valores fundamentales del acto médico _____	45
• Deberes morales de los médicos _____	45
• Propósito de la medicina y de la cirugía _____	46
 <i>Perspectiva quirúrgica</i> _____	 46
• Cirugía: Concepto, historia y precursores _____	46
• Clasificación de la cirugía _____	51
• Cirugía como ejercicio moral _____	52
• La satisfacción de ser cirujano _____	53
• Deberes del cirujano _____	54
• Derechos de los pacientes y cirujanos _____	54
• El paciente quirúrgico _____	56
• Deberes de los pacientes quirúrgicos _____	57
• Aspectos psicológicos del paciente quirúrgico _____	57
• Necesidades del paciente quirúrgico _____	59
• La información médica y el consentimiento informado en pacientes quirúrgicos adultos _____	60
• La cirugía innecesaria _____	63

<i>Perspectiva moral</i> _____	65
• El Juramento Hipocrático _____	65
• Juramento de Luís Razetti _____	68
 <i>Perspectiva docente y de investigación</i> _____	 69
• El médico como educador _____	70
• Actitud ética del médico egresado de la Universidad de Carabobo _____	70
• Los siete saberes necesarios a la educación del futuro _____	72
• La educación quirúrgica basada en competencias. _____	73
 <i>Perspectiva legal</i> _____	 74
• El marco legal del ejercicio quirúrgico actual _____	74
• Marco legal de la práctica quirúrgica actual _____	76
• Constitución de la República Bolivariana de Venezuela _____	76
• Ley del Ejercicio de la Medicina _____	79
• Código de Deontología Médica _____	79
• Ley de Transfusión y Bancos de Sangre _____	91
• Sanciones médicas en el no cumplimiento del deber _____	91
 <i>Perspectiva política</i> _____	 94
• Políticas de salud en la Venezuela actual _____	94
• La medicina social: Del medio rural venezolano a los sistemas de salud _____	94
• Situación actual de los sistemas de política que afectan la salud en Venezuela _____	97
• Misión barrio adentro _____	100
 <i>Perspectiva actual</i> _____	 101
• Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos ____	102
• Cirugía general: En vías de extinción _____	102
• Nuevas tecnologías en cirugía mínimamente invasiva _____	103
• Práctica de la cirugía: Una paradoja moral. Reflexiones propias sobre el ejercicio quirúrgico actual _____	104
• Consideraciones teóricas del cirujano _____	108
• Dilemas bioéticos quirúrgicos actuales _____	110

Escenario III: Una Invitación al atrevimiento metodológico _____ 111

- Perspectiva epistemológica _____ 111
- Epistemología _____ 111
- Abordajes epistemológicos _____ 111
- La complejidad como matriz epistémica _____ 112
- Perspectiva filosófica de la complejidad _____ 115
- Teoría fundamentada de Corbin y Strauss _____ 115
- Conceptos que guían la investigación _____ 117
 - .- Mirada filosófica _____ 117
 - .- Horizonte bioético _____ 118
 - .- Laberinto quirúrgico _____ 118
- Características de la complejidad _____ 119
- Implicaciones teóricas _____ 121
- Variables _____ 121
 - .- Ejercicio quirúrgico actual _____ 121
 - .- Dilemas bioéticos _____ 122
- Análisis estadístico más apropiado para el abordaje circunstancial cuantitativo según el nivel de medición de las variables _____ 123
- Procesamiento de datos cuantitativos _____ 124
- Procesamiento de datos cualitativos _____ 124
- Abordajes circunstanciales _____ 125
- Marco ético que acompaña la participación de los sujetos de estudio e informante clave _____ 127

Escenario IV: Resultados _____ 129

- Resultados I : Abordaje circunstancial cuantitativo de residentes de postgrado y adjuntos del servicio de cirugía general _____ 129
- Resultados II : Abordaje circunstancial cualitativo de pacientes del servicio de cirugía general _____ 158
- Entrevista a informante clave _____ 198

Escenario V. Conclusiones : Dialogando con la realidad _____	231
• Dialogando con la realidad del ejercicio quirúrgico público a partir de los resultados obtenidos _____	233
• Dialogando con la realidad del ejercicio quirúrgico público desde la perspectiva de cirujanos y residentes de cirugía general _____	233
• Dialogando con la realidad del ejercicio quirúrgico público desde la perspectiva del paciente quirúrgico _____	237
• Dialogando con la realidad del ejercicio quirúrgico público desde la perspectiva del informante clave _____	241
Escenario VI: “Abriendo la jaula” _____	242
Escenario VII: Redefinición de la mirada filosófica a partir de los aportes obtenidos con los abordajes circunstanciales _____	243
Escenario VIII: Aproximación teórica a competencias bioéticas para la formación del cirujano en Venezuela _____	248
Aportes derivados de la participación en el taller de “Introducción a la Bioética en la Educación Universitaria” _____	251
Aportes del IV Congreso Internacional de Cirugía y XXX Congreso Venezolano de Cirugía en el Simposium Ético Legal _____	254
Modelo aproximado e inacabado de competencias bioéticas para la formación del cirujano general _____	257
Referencias Bibliográficas _____	273
Referencias Bibliográficas de Imágenes y Aforismos _____	283
Anexos _____	285
Autorización otorgada por la Coordinación Docente de Postgrado del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” para el desarrollo de la tesis doctoral____	286
Autorización otorgada por el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” para el desarrollo de la tesis doctoral____	287

Consentimiento Informado para aplicación de instrumento tipo entrevista no estructurada a Informante Clave (Coordinador Docente del HUAL)	_____	288
Consentimiento Informado para aplicación de instrumento tipo entrevista estructurada a residentes y adjuntos del servicio de cirugía general del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL)	_____	289
Instrumento tipo entrevista estructurada aplicado a sujetos de estudio: cirujanos generales y residentes del postgrado de cirugía general	_____	290
Consentimiento Informado para aplicación de instrumento tipo entrevista estructurada a sujetos de estudio: Pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía general del HUAL	_____	292
Instrumento tipo entrevista estructura a aplicar a sujetos de estudio: Pacientes Quirúrgicos	_____	293
Matriz Epistémica: Diagrama complejo de los elementos que integran la Tesis Doctoral	_____	295

ÍNDICE DE IMÁGENES

	Pág.
Imagen 1 _____ <i>Título: “Aristóteles contemplando el busto de Hipócrates”</i>	22
Imagen 2 _____ <i>Título: “Relación médico-paciente”</i>	30
Imagen 3 _____ <i>Título: “Dimensión filosófica”</i>	31
Imagen 4 _____ <i>Título: “Bioética”</i>	33
Imagen 5 _____ <i>Título: “Dr. Luís Razetti”</i>	35
Imagen 6 _____ <i>Título: “Bioética clínica actual”</i>	36
Imagen 7 _____ <i>Título: “Esquema del sistema de políticas venezolano”</i>	96
Imagen 8 _____ <i>Título: “Problemas éticos en cirugía”</i>	106

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 _____	131
<i>Título: “Categorización del ejercicio quirúrgico actual por adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general”</i>	
Tabla 2 _____	135
<i>Título: “Necesidades sentidas en el ejercicio quirúrgico actual por adjuntos y residentes de postgrado”</i>	
Tabla 3 _____	142
<i>Título: “Aportes considerados por adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general para mejorar el ejercicio quirúrgico”</i>	
Tabla 4 _____	152
<i>Título: “Dilemas bioéticos en cirugía considerados por adjuntos y residentes en el ejercicio quirúrgico actual”</i>	
Tabla 5 _____	166
<i>Título: “Reacción del paciente ante la cirugía”</i>	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 _____	129
<i>Título: “Distribución de adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general del HUAL”</i>	
Gráfico 2 _____	130
<i>Título: “Distribución por sexo de adjuntos y residentes de postgrado del HUAL”</i>	
Gráfico 3 _____	132
<i>Título: “Categorización del ejercicio quirúrgico actual por adjuntos y residentes”</i>	
Gráfico 4 _____	136
<i>Título: “Necesidades sentidas en el ejercicio quirúrgico actual por adjuntos y residentes”</i>	
Gráfico 5 _____	140
<i>Título: “Necesidad eventual de desempeño en otras profesiones manifiesta por adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general”</i>	
Gráfico 6 _____	143
<i>Título: “Aportes para mejorar el ejercicio quirúrgico actual por adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general”</i>	
Gráfico 7 _____	149
<i>Título: “Dilemas bioéticos de la práctica quirúrgica diaria del sector público de salud.”</i>	
Gráfico 8 _____	154
<i>Título: “Dilemas bioéticos del ejercicio quirúrgico agrupados en categorías vinculantes”</i>	
Gráfico 9 _____	155
<i>Título: “Percepción de adjuntos y residentes sobre su medio laboral ”</i>	

Gráfico 10 _____	159
<i>Título: “Distribución por sexo de los pacientes quirúrgicos ”</i>	
Gráfico 11 _____	160
<i>Título: “Descripción del sentir del paciente para el momento del abordaje”</i>	
Gráfico 12 _____	162
<i>Título: “Diagnóstico de ingreso de los pacientes quirúrgicos”</i>	
Gráfico 13 _____	162
<i>Título: “Presencia de antecedentes quirúrgicos en los pacientes abordados”.</i>	
Gráfico 14 _____	163
<i>Título: “Intervenciones quirúrgicas previas de los pacientes quirúrgicos”</i>	
Gráfico 15 _____	168
<i>Título: “Elementos integradores del acto quirúrgico que generan mayor ansiedad en el paciente”</i>	
Gráfico 16 _____	175
<i>Título: “Presencia de información sobre la patología quirúrgica del paciente al momento de la hospitalización ”</i>	
Gráfico 17 _____	176
<i>Título: “Opinión de los pacientes sobre la información recibida por los cirujanos”</i>	
Gráfico 18 _____	177
<i>Título: “Consentimiento informado ”</i>	
Gráfico 19 _____	178
<i>Título: “Información sobre la cirugía ”</i>	
Gráfico 20 _____	180
<i>Título: “Derechos del paciente quirúrgico ”</i>	

Gráfico 21 _____ **187**
Título: "Opinión de los pacientes sobre el trabajo de residentes y adjuntos del servicio de cirugía general "

Gráfico 22 _____ **188**
Título: "Opinión de los pacientes del trabajo del equipo de enfermería de cirugía general"

ÍNDICE DE INFOGRAMAS

	Pág.
Infograma 1 _____ <i>Título: “Abordajes epistemológicos”</i>	111
Infograma 2 _____ <i>Título: “Instrumento modelo: Conservando el discurso”</i>	119
Infograma 3 _____ <i>Título: “Metodología de la investigación”</i>	120
Infograma 4 _____ <i>Título: “Análisis estadístico más apropiado para el abordaje circunstancial cuantitativo según el nivel de medición de las variables ”</i>	123
Infograma 5 _____ <i>Título: “Marco ético de los sujetos de estudio”</i>	127
Infograma 6 _____ <i>Título: “Necesidades sentidas en el ejercicio quirúrgico público actual”</i>	137
Infograma 7 _____ <i>Título: “Percepción del paciente quirúrgico por adjuntos y residentes de postgrado”</i>	146
Infograma 8 _____ <i>Título: “Dilemas bioéticos en cirugía general”</i>	156
Infograma 9 _____ <i>Título: “Reacción del paciente ante la cirugía”</i>	165
Infograma 10 _____ <i>Título: “Reacción de los familiares del paciente ante la cirugía”</i>	170

Infograma 11 _____	173
<i>Título: “Concepción de la cirugía por el paciente quirúrgico ”</i>	
Infograma 12 _____	192
<i>Título: “Aprendizaje del paciente sobre su proceso quirúrgico ”</i>	
Infograma 13 _____	237
<i>Título: “Principios bioéticos”</i>	
Infograma 14 _____	238
<i>Título: “Perspectiva de un paciente quirúrgico ante su enfermedad”</i>	

ÍNDICE DE REDES SEMÁNTICAS

	Pág.
Red Semántica 1 _____	182
<i>Título: “Fortalezas del servicio de cirugía general del HUAL consideradas desde la perspectiva del paciente quirúrgico ”</i>	
Red Semántica 2 _____	184
<i>Título: “Debilidades del servicio de cirugía general del HUAL consideradas desde la perspectiva del paciente quirúrgico ”</i>	
Red Semántica 3 _____	191
<i>Título: “Enfoque dimensional del paciente sobre su cirugía ”</i>	
Red Semántica 4 _____	194
<i>Título: “Aportes propuestos por los pacientes quirúrgicos para mejorar el servicio de cirugía general del HUAL”</i>	
Red Semántica 5 _____	196
<i>Título: “Fin último del abordaje circunstancial cualitativo de la investigación desde la perspectiva del paciente quirúrgico ”</i>	
Red Semántica 6 _____	197
<i>Título: “Elementos integradores del abordaje circunstancial cualitativo al paciente quirúrgico del servicio de cirugía general del HUAL”</i>	

“UNA MIRADA FILOSÓFICA AL HORIZONTE BIOÉTICO DEL LABERINTO QUIRÚRGICO”

Autora: Nayska M. Torres C.
Tutora: Dra. Carmen C. Malpica G.
Fecha: Noviembre de 2011

RESUMEN

La concepción etimológica de la palabra cirugía significa: “Obrar con la manos”, siendo una disciplina que combina habilidades del orden científico, humano y técnico. Sin embargo, con el devenir del tiempo la especialidad ha tenido un crecimiento importante en el perfeccionamiento de técnicas encaminadas a procedimientos cada vez menos invasivos. Ese perfeccionamiento técnico no ha ido de la mano de un crecimiento humanizado y racional del uso de las nuevas tecnologías. Para muchos países del mundo la inclusión de las nuevas tecnologías en el llamado “Ambiente Quirúrgico Seguro”, el acceso a “Quirófanos Inteligentes” y los nuevos procedimientos de invasión mínima suponen el escenario donde se desarrolla la práctica quirúrgica pública. El ejercicio quirúrgico actual en el sector público de salud en Venezuela, se desarrolló en torno a nuevos desafíos del orden bioético y tecno-científico. La investigadora sumergida en la práctica quirúrgica pública durante ocho años, se enfrentó a diversos dilemas morales durante el desempeño de su profesión. La presente Tesis Doctoral nace de la inquietud por explorar, descubrir y dimensionar los elementos que participan en la práctica quirúrgica pública, guiada por los preceptos aristotélicos, a partir del abordaje circunstancial de sujetos de estudio (cirujanos generales, residentes de postgrado de cirugía general, pacientes quirúrgicos) e informante clave (Coordinador Docente de Postgrados). El escenario de la investigación fue el IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Estado Carabobo, en el período comprendido entre Octubre 2008-2011. El paradigma complejo constituyó el marco metodológico empleado, partiendo de la incertidumbre y la no linealidad hacia la construcción del conocimiento. El alcance de la investigación versa sobre la construcción de teorías a partir de la comprensión del fenómeno, visto desde la perspectiva de los sujetos abordados, que se aproxime a la creación de un modelo inacabado de competencias bioéticas para la formación del cirujano general en Venezuela.

Descriptor: Ejercicio Quirúrgico Público Actual, Bioética, Filosofía, Cirujanos Generales, Residentes de Postgrado, Coordinación Docente, Paradigma Complejo, Construcción de Conocimiento, Modelo de Teorías.

“A PHILOSOPHICAL LOOK AT THE HORIZON BIOETHICAL OF THE SURGICAL MAZE”

Author: Nayeska M. Torres C.
Tutor: Dra. Carmen C. Malpica G.
Date: November, 2011

SUMMARY

The concept meaning of the word surgery means: "To act with the hands", being a discipline that combines skills of scientific, technical and human. However, with the passage of time the specialty has grown important in developing technologies aimed at increasingly less invasive procedures. This technical improvement has not gone hand in hand with humane and rational growth of the use of new technologies. For many countries the inclusion of new technologies in the "Safe Surgical Environment," access to "Intelligent Operating Room" and the new minimally invasive procedures involve the scene where public surgical practice. The current surgical practice in the public health sector in Venezuela, was developed around new bioethical challenges of science and technology. The researcher immersed in public surgical practice for eight years, he faced several moral dilemmas in the course of their profession. This thesis stems from the concern of the author to explore, discover and size the elements involved in public surgical practice, guided by the precepts of Aristotle, from circumstantial approach of study subjects (general surgeons, residents of general surgery, surgical patients) and key informant (Graduate Teaching Coordinator). The stage of the investigation was the University Hospital IVSS "Dr. Angel Larralde ", Valencia, Carabobo State, in the period from October 2008-2011. The complex paradigm employed was the methodological framework, based on the uncertainty and the A-method to the construction of knowledge. The scope of the research is focused on building theories from understanding the phenomenon, seen from the perspective of the subjects covered, you approach the creation of an unfinished model for training bioethical competence of the surgeon general in Venezuela.

Descriptors: Public Current Surgical Practice, Bioethics, Philosophy, General Surgeons, Residents of General Surgery, Coordinating Teacher, Complex Paradigm, Knowledge Building, Theory Model.

Emprendí la más grande salida de mí mismo: la creación , queriendo iluminar las palabras.... Traté de agregar cada vez más la expresión a mi pensamiento y alguna victoria logré: me puse en cada cosa que salió de mí, con sinceridad y voluntad.

Neruda, 1924.

INTRODUCCIÓN

Pude haber pensado hacer un trabajo donde el positivismo estuviese a la orden del día y sentirme cómoda... así como hemos sido adoctrinados por la escuela de Austria desde finales del siglo XX con toda su rigurosidad la cual hace alarde en la búsqueda de realidades, cualquier otra forma de hacer investigación distinta a la derivada del paradigma positivista podría interpretarse como una amenaza a la verdad, cuando no, a la razón.

Si esto en el sentido estricto de la investigación médica por mucho tiempo fue cierto, no es menos cierto que en el ejercicio de mi profesión como cirujana general, hacer ciencia es estar apegado al método científico y lo humano lo observamos anhelando ser tomado en cuenta, a veces, muriendo en la espera. Puede que lo dicho suene a pensamiento filosófico y lo es, porque nace de una profunda angustia por el ejercicio quirúrgico actual y los dilemas bioéticos que entorpecen su noble desempeño.

La presente tesis doctoral concebida en la línea de investigación de Bioética, se encuentra adscrita a la “Unidad Calidad de Vida”, ubicada en el Área de Postgrado de la Universidad de Carabobo, en Mañongo, y exploró los aspectos bioéticos del ejercicio quirúrgico del sector público de salud.

Este trabajo intenta dibujar la preocupación personal por los pacientes quirúrgicos en el sector público de salud y por los galenos que los atendemos. Reunimos revisiones bibliográficas de orden filosófico, bioético y médico y una reflexión crítica con las cuales pretendo exaltar la teoría del caos en el ejercicio quirúrgico de la fracasada modernidad y sus prácticas postmodernas actuales.

El diseño del presente estudio reúne diversas revisiones bibliográficas de la filosofía occidental bajo la mirada aristotélica, bioética y médico-quirúrgico para así, ensamblar informaciones que pretenden no sólo exaltar lo teórico sino proporcionar una propuesta ante las carencias que desde el punto de vista humanístico han derivado en un deteriorado ejercicio médico quirúrgico en la actualidad. A la vez, se evaluará la percepción de pacientes quirúrgicos, cirujanos generales y residentes de cirugía quienes se encuentran sumergidos en el ejercicio quirúrgico actual.

El pensamiento complejo y el paradigma de la complejidad abrazan el curso de esta investigación bajo la premisa de que el ejercicio quirúrgico en la actualidad se desarrolla inmerso en factores diversos de orden humano, social, moral y económico. Reconocemos con sincera humildad, lo inacabado del conocimiento buscado a través de verdades aportadas por protagonistas del ejercicio quirúrgico, verdades transitorias articuladas y rearticuladas en la incertidumbre de lo inacabado.

*El pensamiento mutilado que se considera experto
y la inteligencia ciega que se considera racional,
siguen reinando..*

Edgar Morín, 2003.

ESCENARIO I

EVALUANDO EL PROBLEMA

El ejercicio quirúrgico actual en el contexto de las nuevas dimensiones intervencionistas, humanas y éticas plantean en el escenario de la práctica diaria un reto permanente e incalculable, consideramos que la población del estado con fuertes necesidades quirúrgicas excede con mucho las ofertas asistenciales existentes.

La población Carabobeña, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2010 se estima en 2.700.000 habitantes aproximadamente, y los problemas de salud de ellos se resuelven en última instancia en los hospitales tipo IV, lo cual plantea un reto desde el punto de vista de oferta-demanda no sólo asistencial sino tecno-científico y moral. Los hospitales tipo IV de Valencia, Edo. Carabobo, como son Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL), (Bárbula), Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), (Sur) y el Hospital Simón Bolívar (Mariara) tienen la responsabilidad de atender todas las demandas de salud del estado.

En el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” se atendieron en el año 2008, según consolidado de ese año aportado por el Servicio de Archivo e Historias Médicas, 25.867 pacientes en el área de emergencia de adultos, área

donde convergen los servicios de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología. De esos pacientes atendidos, 755 fueron intervenidos quirúrgicamente de emergencia. Si a esas cifras sumamos los 140 pacientes intervenidos de cirugías menores y 242 que entraron a mesa operatoria por vía electiva tenemos un total de 1.137 pacientes operados durante el año 2008, con 70 omitidos del acto quirúrgico. Considerando además los 4.643 pacientes que fueron atendidos por consulta externa de cirugía general, sumarían 30.510 pacientes evaluados tanto en emergencia de adulto como en consulta externa, cifras importantes si consideramos también el subregistro estadístico hospitalario existente (Cifras del consolidado 2008; Archivo del HUAL).

En el año 2010, en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” de Valencia, Edo. Carabobo, se realizaron un total de 2.240 cirugías, 1.604 de emergencia (657 en pacientes femeninas ; 947 en pacientes masculinos) y 636 electivas (309 en pacientes femeninas; 327 en pacientes del sexo masculino) según consolidado año 2010 aportado por el Servicio de Archivo e Historias Médicas.

En el orden de las consultas externas, las programadas año 2010 ascendieron a 2.742 consultas de primera (pacientes nuevos) y 7416 consultas sucesivas (pacientes que consultan 2 veces o más) para un total de 10.158 consultas programadas (estimación de consulta externa cirugía general año 2010).

Las consultas de primera realizadas el pasado año sumaron 1.801 consultas (1.032 pacientes femeninas; 769 pacientes masculinos) con una diferencia de 941 consultas entre las programadas y las realizadas. Las consultas sucesivas realizadas cubrieron por mucho menos las expectativas con un total de 2.284 (1.040 pacientes femeninas; 1.244 pacientes masculinos) para una diferencia de 5.132 consultas entre las programadas y las realizadas.

En la emergencia de cirugía general se atendieron 945 pacientes de los cuales 445 fueron del sexo femenino y 500 del sexo masculino, datos que reflejan un marcado subregistro si consideramos que se reporta para este mismo consolidado 2010 una capacidad actual de 3 camas para hospitalizaciones en el área de emergencia, con una capacidad máxima normal de 5 camas y un promedio de 6,11 camas ocupadas (el doble de la capacidad de hospitalización).

Mantener la confidencialidad del secreto médico en situaciones de hacinamiento hospitalario, informar adecuadamente al paciente y a sus familiares sobre el proceso mórbido y su pronóstico cuando este es reservado, el manejo de pacientes con arraigos de orden teológico que impactan con el deber del cirujano en la práctica clínica, la distribución equitativa de insumos y oportunidades de ingreso al hospital, la sobrecarga de trabajo y el cansancio físico derivado de extenuantes jornadas laborales son algunas de las situaciones a las que a diario se enfrenta el cirujano y que demandan de este un alto sentido ético por lo difícil que resulta la toma de decisiones en ese contexto.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito general reflexionar sobre el ejercicio quirúrgico actual en sus dimensiones bioéticas y filosóficas como problema factible de investigación a manera de tesis doctoral, evaluando los dilemas bioéticos del ejercicio quirúrgico que amenazan su noble práctica.

Al inicio se planteó un gran reto, no sólo por la relevancia de la temática sino también por lo delicado y complejo de la misma, y por ser el tema de la Bioética Quirúrgica una propuesta nueva, con un impacto de magnitudes incalculables.

Este trabajo titulado “Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico”, inspirado en el título de la obra “El Horizonte Bioético de las Ciencias”, de Gilberto Cely Galindo, dibuja la preocupación personal causada por el caos ambiental generado en el Servicio de Cirugía General tanto en el área de la emergencia como en el área de hospitalización del Hospital “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Carabobo, donde me desempeñé como cirujano general.

La ética en el ejercicio quirúrgico está siendo impactada por diversos factores entre otros: los altos costos de la tecnología inaccesibles para la población en general, los escasos recursos, el alto índice de violencia al cual nos encontramos expuestos, los pacientes terminales, pacientes con riesgo quirúrgico alto, pacientes que no autorizan la intervención a pesar de ser necesaria para su recuperación física, los testigos de Jehová que acuden en calidad de paciente a nuestros hospitales con hemorragias masivas y no permiten la administración de hemoderivados como medida terapéutica, el reemplazo indebido de materiales e

insumos por otros debido a la inexistencia del recurso en el momento que se requiere, el irrespeto entre colegas de distintos servicios y a los dilemas motivacionales propios del cirujano derivados de la inseguridad intrahospitalaria, los bajos sueldos, la inestabilidad laboral, las frecuentes expectativas no satisfechas de mejoras profesionales, jornadas laborales extenuantes.

Se genera la reflexión filosófica relacionada con el bien que hacemos ó pudiésemos hacer en las condiciones óptimas establecidas y si el cirujano viola los derechos básicos y principios éticos al prestar sus servicios en el contexto de un ambiente caótico (caos en el orden). El dilema plantea que a pesar de los valores éticos en los cuales está inmerso el médico desde su formación personal y profesional pareciera estar obligado a quebrantar esos principios ante las precarias condiciones del sistema de salud.

También es conveniente guardar un equilibrio muy juicioso entre los derechos humanos del paciente y los derechos humanos del cirujano. Estos han sido olvidados durante mucho tiempo, y han derivado en una forma de ejercicio a la que se denominó “Laberinto de Ejercicio Quirúrgico”.

Cabe la pregunta: ¿Qué tan ético se suele ser cuando conociendo que no se dan las condiciones apropiadas para la buena relación médico-paciente y atención hospitalaria aún así aceptamos como cirujanos sumergirnos en el caos del laberinto?

No hay opción. El principio de salvar vidas en condiciones adversas se superpone a la precariedad a la que nos sometemos y sometemos a nuestros pacientes quirúrgicos durante la práctica del ejercicio profesional.

Bajo esta idea surge otra pregunta: ¿Cómo podríamos mejorar la calidad de la atención en este Laberinto de Ejercicio Quirúrgico?. En el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Edo. Carabobo, el servicio de traumashock es área de emergencia donde ingresan pacientes con heridas por arma blanca, por proyectil de arma de fuego, politraumatizados, accidentes de tránsito o caídas de altura. El espacio físico es pequeño, alberga sólo seis pacientes. Se reduce la posibilidad de brindarle al paciente un área de óptima atención al violar por hacinamiento el secreto médico.

Por otra parte, el advenimiento de procedimientos mínimamente invasivos como cirugía laparoscópica, acuscopia, cirugía robótica, telecirugía, cirugía por orificios naturales (NOTES), entre otros procedimientos de punta, no sólo han derivado complicaciones inherentes a la curva de aprendizaje sino una brecha amplia entre quienes pueden acceder a estos recursos y beneficiarse de ellos y los que se resignan a las cirugías abiertas tradicionales. Este principio Bioético de Justicia Distributiva en salud, se ve quebrantado.

Emerge así otra pregunta ante todo este avance científico-tecnológico ha incrementado la felicidad humana? o, por el contrario, esta extrema dependencia de lo científico tecnológico lo ha tornado más vulnerable en su dignidad y en su mundo cualitativo llevándolo a tener peor calidad de vida desde un punto de vista espiritual y psicológico?. Al observar la sofisticación tecnológica, las violaciones a los derechos humanos, las violaciones de la ética en la investigación científico-tecnológica tanto médica como biomédica, surge la pregunta respecto a si todo aquello sirve al ser humano o por el contrario se sirven de él. Estas interrogantes y las que del estudio se deriven serán investigadas y reflexionadas en el camino del pensamiento complejo.

Esta tesis doctoral pretende abordar esos dilemas bioéticos que a diario se presentan en el desempeño del profesional de la cirugía y afectan la calidad de vida del paciente y del cirujano, trataremos de responder a esos dilemas bioéticos en la descripción de competencias bioéticas para el perfil del cirujano general en Venezuela.

Por otra parte la cronología del proyecto se pasea por una introducción que sintetiza el problema, su abordaje, la reseña teórica desde una perspectiva Bioética, Quirúrgica y Filosófica, abordaje epistemológico y referencias bibliográficas y tiene como norte la aproximación a la creación de un modelo teórico basado en competencias que busque la integración de los principios bioéticos en la formación del cirujano general.

Y es que con nuevos conceptos como “Quirófanos Inteligentes” vistos en el contexto de otro concepto, “Ambiente Quirúrgico Seguro”, resulta paradójico que a nuestras instituciones públicas preocupen problemas básicos como carencias, hacinamiento y divorcio de los avances tecno-científico. La deuda quirúrgica es interminable.

Se presenta así ante la Comisión Coordinadora de tan respetable Doctorado uno de los problemas que amenaza la noble práctica quirúrgica y que en ese campo, tiene la mayor importancia: el de la Bioética en Cirugía, con la esperanza de ofrecer una vía de rescate del buen ejercicio quirúrgico, la calidad de vida del paciente tanto pre como postoperatorio, basado fundamentalmente en el respeto de la dignidad humana.

DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Espacio: IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (**HUAL**), Valencia, Estado Carabobo. Servicio de Cirugía General.

Período de ejecución: Octubre 2008-Octubre 2011.

Universo: Cirujanos generales adjuntos al servicio de cirugía y residentes de postgrado de Cirugía General así como pacientes quirúrgicos y un informante clave en la figura del Coordinador Docente de Postgrados del HUAL.

Alcances: La presente tesis doctoral busca tanto la comprensión de los elementos y fenómenos de estudio que integran el ejercicio quirúrgico en el sector público de salud, como generar aproximaciones teóricas que puedan ser consideradas por cirujanos generales, residentes de postgrado de cirugía, otros miembros del equipo de salud, figuras de autoridad institucional, pacientes quirúrgicos y público en general para promover mejoras en la atención de salud.

PROPÓSITOS

General:

Reflexionar sobre el ejercicio quirúrgico general actual del sector público de salud en sus dimensiones bioéticas, filosóficas y técnicas bajo la perspectiva aristotélica, para evaluar los principales dilemas bioéticos.

Específicos:

- 1.- Explorar el ejercicio quirúrgico actual en el sector público de salud como el fenómeno de estudio en cirujanos generales y residentes de postgrado de cirugía general desde la perspectiva del pensamiento complejo y bajo la mirada de la filosofía Aristotélica.
- 2.- Evaluar el ejercicio quirúrgico actual en el sector público de salud desde la perspectiva del paciente quirúrgico.
- 3.- Explorar los elementos que integran el ejercicio profesional de los médicos residentes de postgrado a partir del enfoque de un informante clave.
- 4.- Contextualizar y mostrar los dilemas bioéticos más sentidos en la práctica actual de la cirugía general.

5.- Descubrir teorías a partir de las reflexiones obtenidas con el abordaje circunstancial de los sujetos de estudio e informante clave para enriquecer el ejercicio quirúrgico actual en sus dimensiones bioéticas y tecno-científicas.

6.- Construir la aproximación de un modelo teórico de competencias bioéticas para la formación del cirujano general en aras de optimizar el ejercicio quirúrgico a partir de las reflexiones realizadas, de acuerdo a las reflexiones obtenidas al procesar los resultados cualitativos y cuantitativos.

INTENCIONALIDAD DEL ESTUDIO

La necesidad de la presente investigación se desprende del enfrentamiento que se presenta cuando el equipo humano trata de cumplir el imperativo hipocrático de hacer lo mejor por su paciente, frente las necesidades sentidas por el equipo quirúrgico en el quehacer diario, dentro de las que cabe mencionar: carencias tecnológicas del medio asistencial público, la pesada carga laboral, violación de los principios de autonomía y justicia distributiva, el crecimiento poblacional desmedido, los contextos de pobreza y violencia que dan lugar al aumento de la morbi-mortalidad del paciente quirúrgico y al mandato burocrático resultante de la creciente institucionalización del ejercicio médico. El ingreso de pacientes supera la oferta hospitalaria, la permanencia hospitalaria dada por la carencia de recursos para resolver mucho de los casos, las complicaciones postoperatorias, la carencia de servicios necesarios, de exámenes paraclínicos, entre otras limitantes de la buena práctica médica, que se traduce en bajo nivel de atención del paciente quirúrgico.

La Bioética como disciplina científica nace de la necesidad de llevar de la mano los avances tecnológicos, la esencia humana de la relación médico-paciente y el ejercicio ético de todas las disciplinas científicas. Los dilemas frecuentes que ha tratado la Bioética versan sobre: la práctica del aborto y su impacto en la sociedad, la ingeniería genética y la clonación humana, donación

de órganos, la autonomía del paciente en su máxima expresión: la eutanasia, las drogas, uso y abuso de las mismas, los derechos de los animales, investigación con células madres, la respiración artificial en el contexto de la muerte cerebral, métodos anticonceptivos, entre muchos otros tópicos en los que destaca la bioética ecológica y la preservación de los recursos naturales renovables y no renovables.

Los nueve seminarios tutoriales de investigación derivaron de la producción intelectual de reuniones tutoriales y asesorías metodológicas con los Dres. Carmen Cecilia Malpica Gracián y Jesús Leal Gutiérrez. Esto se justifica por la necesidad de profundizar en el problema de estudio, explorar y descubrir los factores que intervienen en el ejercicio quirúrgico público actual que restringen la práctica virtuosa del ejercicio quirúrgico general actual. Seguiremos la práctica de Aristóteles, aquella que conoce cuando el acto quirúrgico es correcto, en correctas circunstancias, en el paciente correcto y en correcta disposición de espíritu. Se propone en consecuencia resaltar las necesidades bioéticas-quirúrgicas más sentidas *que pudiesen* aproximarse a generar propuestas para formar competencias bioéticas requeridas para la formación del cirujano general en Venezuela para: ***“Optimizar la calidad de la atención del paciente quirúrgico, restablecer un ambiente de satisfacción y felicidad para el cirujano en el ejercicio de su práctica, propiciando un ambiente de trabajo donde impere el respeto a la dignidad humana”.***

ESCENARIO II

CONTEXTUALIZANDO EL PROBLEMA

1.- ASPECTOS GENERALES

La Cirugía General debe ser considerada una especialidad en sí, como también una especialidad básica para la formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas ⁽¹⁾.

El principio de la ciencia quirúrgica moderna parte de las aportaciones de William Harvey en 1628, con John Hunter en 1789, a quien se le considera el padre de la cirugía experimental, con Joseph Lister en 1865 quien representó el origen de la cirugía científica al relacionar las bacterias con la morbilidad de los pacientes con heridas ⁽²⁾.

En las últimas décadas del siglo XVI, a punto de finalizar el periodo renacentista, hace su aparición el principal cirujano de esta época, y padre de la cirugía francesa: Ambroise Paré (1510-1590) ⁽³⁾. Desde ese entonces hasta nuestros días el ejercicio quirúrgico ha evolucionado desde el punto de vista tecno-científico, pero ese crecimiento se vio opacado por un “racionalismo” que separó lo humano y ha establecido prioridades de orden tecno-instrumental.

Este exceso de racionalismo nos ha llevado a un mundo frío y sin sentido. Surge un movimiento sin fecha de inicio claro y tampoco se tiene claridad sobre su permanencia en el tiempo; se le ha denominado la postmodernidad. Esta postmodernidad, presente también en la medicina, no es un movimiento ideológico ni filosófico, sino más bien un estado del alma, un desencanto con la modernidad ⁽⁴⁾.

El ejercicio médico ha descansado desde siempre en la ética. La ética del médico fue regulada por el código de Hammurabi, por el Juramento Hipocrático o por la plegaria de Maimonides. En 1543 el Royal College of Physicians de Inglaterra estableció un código de ética. En la Nueva España el protomedicato en el año 1628 dictó las normas regulatorias del ejercicio profesional ⁽⁵⁾.

El nacimiento de la Bioética que Elio Sgreccia definió como: “Filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos relacionados con la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas”, se considera como antesala hacia la modernidad en el ejercicio de la medicina ⁽⁶⁾.

En Venezuela la Constitución de la República Bolivariana ⁽⁷⁾, La Ley del Ejercicio de la Medicina ⁽⁸⁾, El Código de Deontología Médica ⁽⁹⁾ y el Código de Bioética y Bioseguridad ⁽¹⁰⁾, marcan las directrices éticas del quehacer médico.

2.- PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE LA CIRUGÍA

EL ORIGEN DE LAS ESPECIES Y SU INFLUENCIA EN LA FILOSOFÍA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

A partir de 1854, Darwin se dedicó casi exclusivamente a la tarea que iba a revolucionar todas las ramas de la ciencia, “La Evolución”. Desde 1850 a 1871 escribió tres obras sobre este tema: “Sobre el Origen de las Especies por Medio de la Selección Natural” (1859), “Las Variaciones de los Animales y las Plantas Bajo la Influencia de la Domesticación” (1868) y “El Origen del Hombre Y Selección con Relación con el Sexo” de 1871.

Pero la obra que en realidad conmovió a los científicos y que contiene la esencia de las teorías darwinianas es “El origen de las Especies”, que, escrita hacia la primera mitad de la pasada centuria, fue publicada por primera vez en 1859 y al poco tiempo fue traducida a todas las lenguas.

El origen de las especies plantea el problema de la evolución o descendencia, esto es, la teoría del desarrollo continuo de todas las formas vivientes, de la consanguinidad real de todos los seres de nuestro planeta que, junto con la teoría celular y de la herencia, son la base de la biología moderna ⁽¹¹⁾.

En efecto, las ideas filosóficas, históricas y literarias de fines del siglo XIX deben mucho a Darwin y a su teoría. Un naturalismo científico que penetró en todos los sectores del pensamiento, de la sociedad y, en general, de la vida ⁽¹²⁾.

En el campo de la filosofía es imposible olvidar a Herbert Spencer (1820-1903) en el momento en que empezamos a plantearnos la influencia de Darwin en terrenos ajenos a lo puramente biológico. Spencer fue precursor y seguidor de Darwin ⁽¹³⁾.

Esto junto a los adelantos de la fisiología, debidos a Claude Bernard (1813-1878), médico y fisiólogo francés de los modernos métodos de la fisiología de laboratorio, hizo posible un cambio de gusto artístico de las gentes que presenciaban este milagro científico ⁽¹⁴⁾.

El acontecimiento histórico clave que marca el inicio de la modernidad fue la Reforma protestante hecha por el fraile Martín Lutero en la segunda década del siglo XVI. Esta nueva visión de la realidad lleva a aceptar que para captar la naturaleza sólo se requiere de la razón. Esta cultura moderna (modernidad) se acepta que comienza en el siglo XVII con Descartes y Bacon y, en general, se caracteriza por ser, por un lado, una cultura intelectual y racionalista y, por otro, empirista ^(15,16).

Fruto del avance hacia esta nueva forma de pensar racionalista es la teoría de la evolución de Darwin. Para este pensador la vida se produce en forma mecánica desde los seres más inferiores hasta los superiores ⁽¹⁵⁾.

COMO SE DEFINE LA FILOSOFÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia de la filosofía de la cultura occidental, casi siempre se ha entendido la tarea filosófica de dos maneras distintas; en primer lugar, como saber sistemático y disciplinado dentro de los límites de la conciencia que conoce, y en segundo término, como un modo de vida ^(16,17).

La filosofía deriva del griego y quiere decir “Amor a la Sabiduría”, en otras palabras deseo de saber. Maritain en 1978 ⁽¹⁸⁾ señaló que fue Pitágoras quien propuso por primera vez la palabra filosofía. Otras definiciones de filosofía que fueron propuestas en diversos escenarios históricos y a continuación se plasman tal y como lo hace Barbera en su obra “Reflexiones Elementales en Torno a la Ética” ⁽¹⁷⁾, tomado de Iriarte (1953):

PLATÓN: Conocimiento del verdadero ser o de las ideas.

ARISTÓTELES: Ciencia general del ser; Ciencia de la verdad.

EPICURO: Aspiración racional a la felicidad.

SÉNECA: Amor y anhelo de la sabiduría.

CICERÓN: Conocimiento de cosas divinas y humanas, causas y principios.

ESCOTO: Consideración del ser en cuanto ser.

BACÓN: Comprender y dividir las cosas según la ley de la naturaleza.

LOCKE: Conocimiento verdadero de las cosas.

BERKERLEY: Estudio de la sabiduría y de la verdad.

KANT: Ciencia de los altos conceptos del saber y del obrar.

FICHTE: Cognición de la cognición total.

HEGEL: Consideración intelectual de los objetos; Ciencia del absoluto.

COUSIN: El culto a las ideas.

KRAUSE: La visión integral del ser y de la vida alcanzada por la razón.

HESSEN: (1978) Es un esfuerzo del pensamiento humano por lograr una concepción del universo mediante la autorreflexión de sus funciones.

Finalmente, en cuanto al concepto de filosofía, generalmente se trata de un sistema de pensamiento racional, que pretende dar respuestas al ser del hombre, a la naturaleza del universo y a la posibilidad de existencia de lo trascendental ⁽¹⁷⁾.

LA POSTURA FILOSÓFICA DE SER CIRUJANO VISTO DESDE LA FILOSOFÍA ARISTOTÉLICA

El buen cirujano, como el buen ser humano, es aquel que deriva placer y satisfacción, a sea felicidad, de realizar acciones armónicas con el bien de los demás. Concebido el acto quirúrgico como una acción virtuosa, no quiere decir que todo cirujano que ejecuta acciones virtuosas es un hombre virtuoso.

Aristóteles, en el capítulo 4 del Libro Segundo de la *Ética Nicomaquea*, establece que el hombre virtuoso sabe cuando el acto es lo correcto en las debidas circunstancias, y lo ejecuta por un motivo correcto, con la correcta disposición de espíritu ⁽¹⁹⁾. El virtuosismo así concebido, es la suprema satisfacción del cirujano.

APORTES DE LA FILOSOFÍA HIPOCRÁTICA EN ARISTÓTELES

Imagen 1

Título: *“Aristóteles contemplando el busto de Hipócrates”*



“Aristóteles contemplando el busto de Hipócrates”, de Rembrandt, ubicado en el “Metropolitan Museum of Art de New York

Fuente: <http://historiadelamedicinaunerg.blogspot.com/>

Hipócrates representó para Aristóteles un maestro que trazó el camino para la Filosofía Griega como movimiento con vigencia actual. Los aportes de Hipócrates con la descripción de los cuatro humores de la personalidad humana y el aporte de Aristóteles al escribir el primer libro de “Lógica” como método de razonamiento para alcanzar la “Demostración de Prueba” son contribuciones de valor incalculable. Es probable que el método científico actual encuentre en la “Lógica” de Aristóteles como “Método Empírico” sus cimientos ⁽²⁰⁾.

Otras de las grandes contribuciones de Hipócrates son sus descripciones acerca de la sintomatología, el tratamiento quirúrgico y el pronóstico del empiema torácico, una supuración del revestimiento de la cavidad torácica. Sus enseñanzas todavía son relevantes para los estudiantes de neumología y cirugía de hoy en día. Por otra parte, la escuela hipocrática de medicina describió correctamente las enfermedades del recto, principalmente la enfermedad hemorroidal y su tratamiento, a pesar de la pobre teoría médica desarrollada hasta entonces ⁽²⁰⁾.

FILOSOFÍA, ÉTICA Y MEDICINA

Martha C. Nussbaum, en su obra “La Terapia del Deseo” hace referencia a un escrito de Epicuro que reza lo siguiente: *“Vacio es el argumento de aquel filósofo que no permite curar ningún sufrimiento humano. Pues de la misma manera que de nada sirve un arte médico que no erradique la enfermedad de los cuerpos, tampoco hay utilidad ninguna en la filosofía si no erradica el sufrimiento del alma”*. La filosofía así entendida cura enfermedades producidas por creencias falsas. Sus argumentos son para el alma como los remedios del médico para el cuerpo ⁽²¹⁾.

La filosofía es entendida en las escuelas Helenísticas de Grecia y Roma como “El arte de vivir, propio del alma”, que debe progresar en pro del alma así como la medicina progresa en pro del cuerpo doliente ⁽²¹⁾.

Las herramientas de la filosofía como los argumentos, el razonamiento preciso, el rigor lógico y la precisión de las definiciones se motivan bajo la necesidad de aliviar el sufrimiento humano. La Medicina por su parte, como disciplina según el diccionario médico Mosby Océano es el “Arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud”⁽²²⁾.

La Salud por su parte se entiende como el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud⁽²³⁾, definición que nos aparta más del concepto de ser y estar sanos.

En la historia médica no podemos dejar de hacer mención a Hipócrates. La medicina Hipocrática se ejerció como un oficio y sus prácticas tenían como propósito lograr un buen vivir, lo cual, debe considerarse moral⁽²⁴⁾.

A lo largo de la carrera de Medicina, al médico se le enseña como plantearse un diagnóstico o varios diagnósticos, basándose en un conjunto de signos y síntomas; como enfrentar una determinada patología siguiendo un algoritmo a partir de conocimientos ya impartidos⁽²⁵⁾.

Se plantea una mayor reflexión en el estudio sistemático de la conducta humana en el ejercicio médico, examinada a la luz de los principios y valores; rescatar valores que se han ido soslayando, en virtud del acelerado desarrollo científico tecnológico: El respeto a la persona desde la fecundación hasta la muerte, el respeto incluso al cadáver, a la verdad, a las creencias, a la libertad individual, al secreto profesional; principios que son aceptados pero muchas veces olvidados en la praxis médica ⁽²⁶⁾.

El profesional de la medicina efectúa hoy su ejercicio con un marcado enfoque biológico, resultado en cierta medida de la especialización creciente de las ciencias médicas, que ha dado origen a un ejercicio despersonalizado, siendo necesario atender la salud integral de los enfermos y recuperar su equilibrio emocional ⁽²⁷⁾.

Se requiere, por tanto, un rescate de las ciencias humanas dentro de la enseñanza médica; crear un eje o puente de enlace entre estas dos disciplinas, y de esta manera lograr que los médicos en formación adquieran y efectúen una actitud acorde a los derechos del paciente y por otra parte engrandecer ambas disciplinas con una formación humanística del médico en las universidades ⁽²⁵⁾.

El médico se enfrenta a situaciones nuevas y muchas veces complejas, que debe resolver. La solución adoptada puede reflejar una determinada ideología que dependerá muchas veces de su formación integral a lo largo de su vida y de su carrera. Esa decisión repercutirá directamente en el paciente y sus familiares ⁽²⁸⁾.

Muchas veces, la ciencia por sí sola no contribuye a enfrentar y resolver una determinada situación al profesional de la medicina; y es aquí donde las ciencias humanas, y especialmente las ciencias sociales y otras disciplinas, pueden darle así un enfoque más humano y social a la Medicina de hoy ^(25,28).

Maia y Col. ⁽²⁸⁾, señalan algunos aspectos importantes relacionados con la ética médica; la necesidad de darle un enfoque humanístico a la enseñanza médica, a la necesidad de crear un profesional con cierta actitud, con un compromiso hacia su entorno natural y social, a la necesidad de desarrollar cualidades esenciales en el profesional de la medicina, que permitan un ejercicio médico dirigido no solamente a los logros materiales, sino que también alcance un desarrollo moral, científico e incluso estético, con una vocación médica dirigida principalmente a lograr la dignidad integral del hombre como ser humano.

San Agustín, se ha destacado por el carácter eminentemente ético del pensamiento, quien se refiere sobre todo a encontrar la felicidad, a la que describe como “goce en verdad”. Para tal empresa se concentran todos los recursos de su mente y de su corazón. El amor es la fuerza que le atrae hacia tal centro: así como los cuerpos físicos son atraídos hacia el centro de la tierra por su peso, San Agustín es atraído hacia su centro-Dios-por el amor. De aquí su criptograma: “Mi peso es mi amor”⁽²⁹⁾.

La importancia de la formación ética del médico en el ejercicio de su profesión, demuestra el hecho de que por siglos, el código ético del médico se limitaba al famoso juramento establecido por el histórico médico griego, Hipócrates que reza: *“Juro por Apolo, el médico, por Higia y Panacea, a cuyo testimonio apelo, que yo, con todas mis fuerzas y con pleno conocimiento, cumpliré enteramente mi juramento... Por lo que respecta a la curación de los enfermos... Consideraré sagrado mi arte y mi vida...”*⁽²⁰⁾.

Así mismo, expresaba Razetti: *“los médicos debemos conservar la profesión dentro de esos hermosos límites de dignidad y grandeza”*⁽³⁰⁾.

El Juramento de evocación del Dr. Luis Razetti del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central el 14 de febrero de 1984 y en el Código de Deontología Médica 2003⁽⁹⁾, reza lo siguiente:

"Evocando a Luis Razetti apóstol de la moral médica en Venezuela y en presencia de las autoridades universitarias, profesores y compañeros de estudio, me comprometo bajo solemne juramento a cumplir los siguientes postulados:

1) Desempeñaré mi profesión con esmero y dignidad, velando con el máximo respeto por la vida de más semejantes y aún bajo amenaza no emplearé mis conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad.

2) Profesaré a mis maestros el respeto y gratitud a que se hayan hecho merecedores e intentaré, con todos los medios a mi alcance, mantenerme permanentemente informado de los avances del conocimiento médico.

3) No permitiré que la satisfacción intelectual derivada de mi capacidad para identificar y tratar las enfermedades y de contribuir al progreso de la ciencia médica me hagan olvidar los principios humanitarios que rigen nuestra profesión y la consideración prioritaria del paciente como persona.

4) No intentaré nuevos tratamientos o procedimientos de investigación si los riesgos para el paciente exceden los posibles beneficios, cumpliendo estrictamente las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en los Seres Humanos.

5) No permitiré que motivos de lucro interfieran el ejercicio libre e independiente de mi juicio profesional.

6) Preservaré en absoluto secreto las confidencias que se me hagan durante mi actuación profesional, aún después de la muerte del enfermo.

7) Mi reverencia por la vida al atender enfermos terminales no colidará con mi obligación fundamental de aliviar el sufrimiento humano.

8) Mantendré con todas mis fuerzas el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica y no haré distinción en el ejercicio de mis obligaciones ni por adhesión a partido político o posición social.

9) No estableceré diferencias en mi dedicación y en la calidad de la atención prestada al enfermo, se trate de servicios médicos contratados, de carácter individual o de índole gratuita.

10) Daré estricto cumplimiento a los principios éticos de nuestra profesión, procurando para los demás aquello que, en circunstancias similares, desearía para mi y para mis seres queridos" ⁽⁹⁾.

FILOSOFÍA Y DEONTOLOGÍA

La Deontología proviene del griego “denota” que significa deberes y “logia” que significa estudio. Según Agustín Moreno Molina citado por Barraéz ⁽³¹⁾, la Deontología entró en el uso filosófico como una parte de la Ética, cuando Jeremías Bentham (1748-1832), abogado de Londres, dio a su “*Science of Morality*”, aparecida en 1834, el título de “*Deontology*”.

LA FILOSOFÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente no es una relación de dependencia, ni debe estar enmarcada dentro del dolor, por el contrario, supone una superación de la propia visión de la enfermedad y el entendimiento del otro con alto sentido del altruismo. Debemos sentir el dolor ajeno como propio, y rechazamos todo interés o ego profesional al bien del más necesitado. **La relación médico-paciente es la máxima expresión de las relaciones humanas**, por cuanto esa relación se sustenta en la búsqueda de ayuda ante una necesidad inmediata de alivio del sufrimiento causado por un estado mórbido ⁽³²⁾.

Según Cantele, la relación médico-paciente se define como: *La expresión particular de una realidad superior: las relaciones humanas. Por tanto, lo humano es el contexto en el que se enmarca la relación médico-paciente* ⁽³²⁾.

Imagen 2

Título: *Relación Médico Paciente*



Fuente: <http://www.simap.es>

Por otra parte, en ese caso, el objeto que pone a interactuar dos subjetividades-la subjetividad del paciente y la subjetividad del médico-es el cuerpo humano doliente. En la relación médico-paciente se manipula la realidad concreta en la que toma asiento la humanidad de cada hombre y mujer. La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad. Al hablar de relación médico-paciente se debe partir de una base filosófica expresada en las relaciones humanas. Dicha relación humana se manifiesta en muchas áreas. Una de ellas es el área de la medicina, que es la relación médico-paciente propiamente dicha. En consecuencia, en la relación médico-paciente existe una dimensión filosófica, una dimensión de identidad y una operativa ⁽³²⁾.

Imagen 3

Título: *Dimensión Filosófica*

La Dimensión Filosófica se entiende como: “aquella que se deriva de la reflexión consciente y personal que, desde un determinado punto de vista hace el hombre sobre sí mismo, sobre él y los demás, sobre el mundo que lo rodea y sobre la trascendencia” ⁽³²⁾.



Fuente: <http://> El mundo clásico: Aristóteles

La Dimensión de Identidad Propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas que “está determinada por la promoción de la salud, sustento y restauración de la misma”. Finalmente, La Dimensión Operativa busca demostrar las distintas maneras de aproximarse a la relación médico-paciente ⁽³²⁾.

3.- PERSPECTIVA BIOÉTICA

LA BIOÉTICA

“El concepto Bioética es un neologismo acuñado por el doctor Van Rensselaer Potter, bioquímico y oncólogo norteamericano, profesor de oncología de la Universidad de Wisconsin.” La primera descripción del tema se plasmó en su libro *Bioethics: a Bridge to the Future*, en 1971 ⁽³³⁾.

La definición de Bioética por Potter, dura 8 años en madurar desde 1962 y se da a conocer como: “La disciplina en que el saber científico y filosófico, confluyen a fin de darle concreción, a la cultura de supervivencia”. Otra definición acuñada por Potter sobre Bioética proyecta a esta disciplina como: “La manera de usar el conocimiento, para mejorar la condición humana y para la supervivencia, de la especie” ⁽³⁴⁾. En el sentido etimológico, “Bioética” viene del griego “*bios*” que significa vida en sentido ontológico. Ética, del vocablo “*ethos*” que significa lugar donde se habita, modo de ser o carácter. Por consiguiente bioética es ética de vida o actitud frente a la vida” ⁽³⁵⁾.

Imagen 4

Título: *Bioética*

En una forma más amplia, es una disciplina cuyo objetivo es el estudio de la vida como valor supremo capaz de integrar diferentes disciplinas y actividades de la cultura en general, para la búsqueda de mejores alternativas para la supervivencia humana ⁽³⁵⁾.



Fuente: www.Bioética: algunos conceptos y los cuatro principios.

Según el Dr. Blanco Guevara Pilar en su trabajo titulado “*Consideraciones Éticas y Bioéticas para el Estudiante de Medicina*” ⁽³⁶⁾, otro pionero de la Bioética fue André Hellegers, Obstetra Holandés de la Universidad de Georgetown, quien crea en 1971 el Centro “Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics” en Washington D.C.

El legado de Hellegers es que la Bioética representa un puente entre la ciencia médica, la filosofía y la ética. Sin embargo, Potter expresó su decepción por el curso que ha seguido la Bioética; reconoció la importancia de la línea impuesta desde Georgetown, pero afirmó que: “*mi propia visión de Bioética exige una mirada mucho más amplia*” ⁽³⁵⁾.

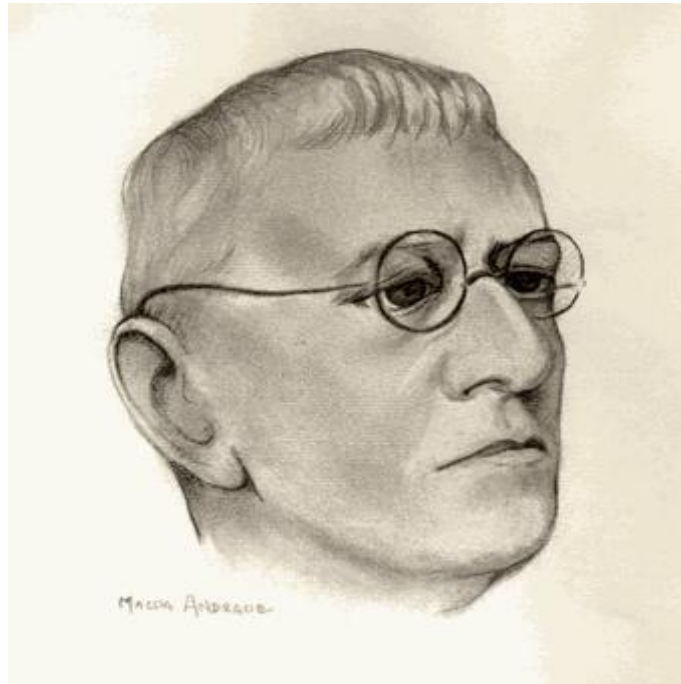
A pesar de lo anterior, la Bioética ha logrado dos cosas importantes: la primera involucrar a toda la sociedad -y ya no sólo a los llamados especialistas- en un continuo diálogo de carácter universal y pluralista en torno a sus problemas vitales: salud, vida, muerte y dignidad; la segunda radica en que la Bioética ha logrado colocar en una misma mesa de reflexión a ciencias tan aparentemente antagónicas, con epistemologías opuestas, como las ciencias llamadas duras y las ciencias sociales o blandas ⁽³⁵⁾.

Citado por Cely ⁽³⁷⁾, la Bioética se define como: *Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos; “El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales”* ⁽³⁸⁾.

“El bioeticista trabaja en la afirmación de la vida como factor de convergencia e integración entre el hombre y la naturaleza. Reflexiona básicamente en tres niveles intrínsecamente relacionados: la vida, su calidad y sentido” ⁽³⁵⁾. Uno de los bioeticistas más insignes de nuestro país fue el Dr. Luís Razetti , la primera y más autorizada voz que se alzó desde 1928, quien convirtiera su vida en una lucha para que se enseñara a los estudiantes de medicina y a los profesionales que comenzaban su ejercicio los fundamentos de moral, ética y deontología ^(30,39).

Imagen 5

Título: *Dr. Luís Razetti*



Fuente: www.gacetamédicacaracas.com

Otro bioeticista insigne en el escenario nacional por haber alzado su voz en su prolífica obra escrita y desde su cátedra y a través de los medios de comunicación es el maestro Profesor Dr. Augusto León Cechini, quien ha establecido con su vida y su ejemplo una “cruzada” de prédica de que la deontología médica sea enseñada, divulgada y vivida por los médicos y demás profesionales afines de ciencias de la salud. Ha sido un pionero en la enseñanza del reconocimiento de que los enfermos “tienen derechos” y ha divulgado en sus obras este y muchos conceptos doctrinales de temas relacionados con la bioética ^(39, 40).

Imagen 6

Título: *Bioética Clínica Actual*



La Bioética clínica actual, no es más que una etapa en la ya larga tradición ética en el ejercicio de la Medicina. ⁽⁴¹⁾. Ciencia en el arte de crear, de dar vida y de perpetuar la especie.

Fuente: <http://matronesensuetica.blogspot.com/>

BIOÉTICA: PERSPECTIVA HISTÓRICA

La historia de la enseñanza de la ética médica es tan antigua como la medicina misma y ha estado presente en las facultades de medicinas españolas desde tiempos bien antiguos. Prácticamente hasta el siglo XIX dicha enseñanza se basaba directamente en los textos hipocráticos, aunque no tenía rango académico de asignatura.

Uno de los tempranos intentos de introducir cambios lo constituyó, ya en 1766, el proyecto de estudios propuesto por el claustro médico de la Universidad de Salamanca, aprobado por el consejo de Castilla en 1771, año en que Carlos III lo impone en todas las Universidades ⁽⁴²⁾.

Así, durante muchos años, la formación ética del médico quedó al albur de diversos libros que hicieron su aparición en el panorama bibliográfico de la época. Tales, por ejemplo, las medievales *Cautelas de los Médicos*, de Arnau de Vilanova, el renacentista *Retrato del Perfecto Médico* de Enrique Jorge Enríquez, concebida en forma de diálogo entre un médico y un teólogo ⁽⁴³⁾, las *Disertaciones Morales y Médicas* escritas en el siglo XVIII por Pedro León Gómez, o los *Elementos de Moral Médica* de Félix Jáner publicados en Barcelona en 1831. En conjunto todos estos libros constituían una simple enumeración de preceptos de ética profesional con una fundamentación básicamente religiosa ⁽⁴⁴⁾.

Sólo a partir de los primeros años del siglo XX comienzan los tratadistas de Medicina Legal española a introducir en sus obras cuestiones de ética médica. Tal es, por ejemplo, el caso de Royo Villanova, que en 1929 escribe, con más argumentos religiosos que jurídicos, sobre el problema de la eutanasia ⁽⁴⁵⁾.

BIOÉTICA ACTUAL

Los principios éticos contemplados en la Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos aprobada por aclamación por la 33ª sesión de la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de Octubre de 2005 están relacionados con la medicina, ciencias de la vida y tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta dimensiones sociales, jurídicas y ambientales ⁽⁴⁶⁾.

Esos principios éticos contemplados por la UNESCO se enumeran a continuación en el orden como se plasman en la Declaración:

- 1.- Dignidad humana y derechos humanos.
- 2.- Beneficios y efectos nocivos.
- 3.- Autonomía y responsabilidad individual.
- 4.- Consentimiento.
- 5.- Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.
- 6.- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
- 7.- Privacidad y confidencialidad.
- 8.- Igualdad, justicia y equidad.
- 9.- No discriminación y no estigmatización.
- 10.- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
- 11.- Solidaridad y cooperación.
- 12.- Responsabilidad social y salud.
- 13.- Aprovechamiento compartido de los beneficios.
- 14.- Protección de las generaciones futuras.
- 15.- Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad ⁽⁴⁶⁾.

ÉTICA Y MORAL

La Ética desde el punto de vista filosófico equivale al conocimiento de cómo se fabrica y funciona un carro, que diferencias tecnológicas existen entre las distintas marcas. La moral es praxis, acción, conducta observable ⁽³¹⁾.

De lo anterior podemos decir entonces, que la relación que guarda la Ética y la Moral es la de cualquier ciencia con su objeto estudio, donde la moral es lo observable y la ética la ciencia que concluye de aquello que es derivado de la moral. Por lo tanto, la Ética necesita de la Moral para producir conclusiones, ya que la Moral *per se*, no es una ciencia. La palabra **moral** traduce la expresión latina *moralis*, que derivaba de *mos* (en plural *mores*) y significaba *costumbre* ⁽³¹⁾.

El término de Ética proviene del griego *Ethos* y la acepción más difundida se presenta a partir de Aristóteles ^(31,47) y significa: temperamento, carácter, hábito, modo de ser. De acuerdo a tal significado, Ética sería una teoría o tratado de los hábitos y de las costumbres. Así lo deja ver Aristóteles, el primero que escribió sistemáticamente sobre el tema en su libro “Ética a Nicómaco” ⁽⁴⁷⁾.

Los problemas relacionados con el conocimiento moral, o con la forma, significación y validez de los juicios morales requieren que la ética recurra a disciplinas filosóficas especiales como la lógica, la filosofía del lenguaje y la epistemología ⁽¹⁷⁾.

REFLEXIONES SOBRE LA ÉTICA QUIRÚRGICA A LA LUZ DE LA ÉTICA NICOMAQUEA

La ética aristotélica es una ciencia práctica, pues su objeto no es sólo el conocimiento, sino la acción a la luz del conocimiento. Y puesto que discute la ética principalmente en términos sociales y políticos, Aristóteles dedica seis libros a la caracterización de las dos grandes clases de las virtudes, morales e intelectuales, y define la felicidad como el resultado de una vida gobernada por la razón, como una actividad del alma en concierto con la virtud perfecta ⁽⁴⁷⁾.

“...Es necesario buscar lo que se refiere a las acciones y a la manera en que podamos perfeccionarlas. Es necesario obrar según la recta razón, es algo en lo que todos estamos de acuerdo...” ⁽⁴⁷⁾.

La cirugía es una actividad en busca del bien y gobernada por la razón. Combina conocimientos con acción, que se fundamenta en destreza, en forma tal vez más integral que ninguna otra especialidad médica. Produce satisfacción a quien la practica, y felicidad, entendida, en el sentido aristotélico, como el ejercicio intelectual dentro del marco de la perfecta virtud, que es la excelencia en su ejecución ⁽⁴⁸⁾.

ÉTICA QUIRÚRGICA

La ética médica en el ámbito de la disciplina quirúrgica, es parte del manejo integral del enfermo quirúrgico, influida por el carácter del cirujano, por su formación y entrenamiento, y por su sensibilidad para apreciar lo correcto ⁽⁴⁹⁾.

La incorporación de la ética en el ejercicio de la medicina tiene una larga tradición que se inicia en la Grecia clásica con el Juramento Hipocrático, que fue el referente ético médico en Occidente por muchos siglos, y ha sido continuado en épocas posteriores con la Oración de Maimónides del siglo XII, las normas de ética del Royal College of Physicians de Inglaterra en 1543, las normas regulatorias del ejercicio médico en el Protomedicato de Nueva España en 1628, la obra de John Gregory *Observations on the Duties and Offices of a Physician and on the Method of Prosecuting Enquiries in Philosophy* de 1770, el *Code of Medical Ethics* de Thomas Percival de 1806, el Código de Ética de la American Medical Association en 1847, y finalmente los múltiples documentos escritos a lo largo del Siglo XX por países, instituciones y universidades. Sobresale por su amplia aceptación internacional la Declaración de Ginebra, el Código Internacional de Ética Médica, el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, promulgados por la Asociación Médica Mundial en la segunda mitad del siglo pasado ⁽⁵⁰⁾. En Venezuela la ética médica descansa en el Juramento del Dr. Luis Razzetti citado en el Código de Deontología Médica, Ley del Ejercicio de la Medicina, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, entre otros.

El acto quirúrgico, representa una invasión y agresión al paciente, tal vez una de las formas más demostrativas de cómo un enfermo puede poner su vida en manos de un médico depositando toda su confianza en él. La cirugía tiene el objetivo supremo de curar, o mejorar al enfermo, con la convicción de que, es la mejor si no la única opción terapéutica que permite, dentro de lo humanamente posible, ofrecer una consciente capacidad profesional y un comportamiento ético.

Lo ético no sólo debe estar en un acto quirúrgico, ni en lo que sucede en una sala de cirugía, ni siquiera en la cirugía como profesión. Lo ético debe estar en toda la vida y conducta del cirujano, de modo que todos sus actos profesionales y no profesionales sean éticamente válidos, desde el estudio del paciente, la realización de estudios de apoyo al diagnóstico, la información al paciente, la obtención del consentimiento, el acto quirúrgico, los cuidados postoperatorios, la evolución y pronóstico postoperatorio entre otros ⁽⁵¹⁾.

En la cirugía, por la clara sucesión de causas (patología quirúrgica) y efectos (actos quirúrgicos), por la invasión física por el cirujano sobre el cuerpo de un enfermo, la relación médico-paciente adquiere dimensiones impactantes. El cirujano es el único que acepta éticamente y con responsabilidad la indicación inobjetable y necesaria de una cirugía, como resultado de su capacidad y una actitud de honestidad profesional para su paciente, los familiares, sus pares, su medio y sobre todo con él mismo ⁽⁵¹⁾.

El cirujano no trata sólo cuerpos humanos, trata pacientes que son seres humanos. Estos recurren al cirujano porque están padeciendo, sintiendo, imaginando, sufriendo e incluso llegan con miedo y tristeza por algo que amenaza su integridad. Tienen limitaciones e impotencias por las que buscan ayuda, la que el cirujano debe estar presto a proporcionar. Dicha ayuda debe ser prestada con actitudes y decisiones de profundo sentido ético, sin olvidar nunca que el paciente en su libre albedrío, selecciona a un médico para que le resuelva sus problemas, por lo que como cirujano no puede fallarle; es más, no debe fallarle ⁽⁵¹⁾.

LA ÉTICA DE HACER *VERSUS* LA ÉTICA DE SER

El desarrollo de la excelencia moral de la cirugía no es comparable con el desarrollo del resto de las capacidades humanas, por cuanto la virtuosidad quirúrgica implica la combinación de conocimiento actualizado, compasión humanitaria e impecable ejercicio operatorio. Los mismos factores que pueden conformar un buen cirujano pueden también conformar un mal cirujano: aquellos que determinan la excelencia y la virtud, o sea los hábitos, pueden también destruirlas, al igual que sucede en las artes ⁽⁴⁸⁻⁵²⁾.

ÉTICA Y DERECHO PENAL

El médico comete delito de malpraxis en las siguientes condiciones:

- 1.- Omisión: no hacer, descuido.
- 2.- Negligencia: dejar de hacer, falta de aplicación, falta de responsabilidad

- 3.- Imprudencia: acción temeraria, inexcusable, punible
- 4.- Dolo: engaño intencional fraude simulación
- 5.- Preterintención: causa un mal superior al planeado ⁽⁴⁹⁾

4.- PERSPECTIVA MÉDICA

LA MEDICINA

La Medicina es el “Arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud” ⁽²²⁾.

La persona que ejerce la medicina es el Médico considerado, según el diccionario médico Mosby Océano como un “Profesional de la salud que ha alcanzado el grado de licenciado en medicina y cirugía tras completar el plan de estudios específicos de una facultad de medicina” ⁽²²⁾. En Venezuela el título obtenido es el de Médico Cirujano.

OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

- 1.- Revertir la muerte clínica, si procede.
- 2.- Preservar la vida
- 3.- Restablecer la salud
- 4.- Aliviar sufrimiento
- 5.- Limitar la discapacidad ⁽⁴⁹⁾

VALORES FUNDAMENTALES DEL ACTO MÉDICO

- 1.- Dar atención sin discriminación de nacionalidad, edad, condición socioeconómica, raza, sexo, credo, ideología, enfermedad (SIDA, hepatitis)
- 2.- Nunca procurar otro fin fuera del beneficio de su salud física, síquica y social.
- 3.- Respetar la vida, la dignidad, y la libertad de cada ser humano
- 4.- Respetar valores éticos, ideológicos, políticos o religiosos de los pacientes
- 5.- No manipular para conseguir favores (políticos, laborales, sexuales)
- 6.- Respetar el derecho del paciente a guardar en secreto todas sus confidencias
- 7.- Evitar el lucro económico como única motivación del ejercicio de la profesión
- 8.- Ser veraz en todos los momentos de la labor profesional, salvo ante el secreto medico ⁽⁴⁹⁾.

DEBERES MORALES DE LOS MÉDICOS

- 1.- Proveer servicios hábilmente, y éticamente modulados.
- 2.- Deber epistemológico: para adquirir, aplicar, enseñar y aumentar los conocimientos básicos de medicina.
- 3.- Deber de colegiabilidad: trabajar en un equipo con buenas relaciones entre los colegas, y entendiendo que nuestras acciones no traerán deshonor a la profesión.
- 4.- Deber de conocer y respetar la ley: para garantizar una terapéutica actual y adecuada, y para mantener las acciones dentro de un marco de legalidad
- 5.- Deber de la práctica altruista: observando principios que mantengan el apoyo a las comunidades marginadas o de escasos recursos ⁽⁴⁹⁾.

PROPÓSITO DE LA MEDICINA Y DE LA CIRUGÍA

“La salud es el fin de la medicina”, según Aristóteles en su *Ética Nicomaquea* ⁽¹⁹⁾. Hoy entendemos la salud como el estado de bienestar, físico y mental del hombre y de la comunidad. Mediante la intervención operatoria, que es el principal instrumento terapéutico de la cirugía, se alteran la estructura y la función de los órganos y sistemas con el fin de restablecer la salud ⁽⁴⁸⁾.

El propósito de la cirugía, es curar enfermedades, corregir anomalías, reparar deformaciones, todo para lograr el bienestar; el resultado de la cirugía debe ser siempre una mejor calidad de vida del paciente. Por consiguiente, la cirugía es una actividad eminentemente moral, por cuanto está orientada al bien del paciente y cruenta, ya que existe derramamiento de sangre en su práctica. Por ende, toda disciplina donde se produzca derramamiento de sangre, es cruenta ⁽⁴⁸⁾.

5.- PERSPECTIVA QUIRÚRGICA

CIRUGÍA: CONCEPTO, HISTORIA Y PRECURSORES

Cirugía es una palabra compuesta por dos términos de origen griego *cheir* --> mano y *ergon* --> obra. El significado etimológico es obrar con las manos. La práctica de la cirugía es tan antigua como la existencia del hombre. La Cirugía apareció antes que el cirujano. Los cirujanos aparecen en Babilonia hacia el año 2000 a. de C .La medicina durante muchos siglos, 2-3 millones de años desde que el hombre existe, ha sido más magia y mitología que ciencia ⁽⁵³⁾.

La Cirugía, también mito y magia, es sobre todo en sus inicios una ciencia empírica. Durante siglos se ha considerado a la Cirugía más que una ciencia, una práctica. Los traumatismos, los accidentes sufridos por el hombre primitivo en la búsqueda de los alimentos, se trataban empíricamente con reposo, inmovilización y diversos ungüentos. Los cirujanos utilizaron los instrumentos que la ciencia, la tecnología del momento les proporciona. En los más remotos tiempos, fueron el pedernal, la madera y el hueso, más adelante, el cobre y el bronce. La edad de Hierro proporciona a los cirujanos un metal duro y fácil de trabajar ⁽⁵³⁾.

Hipócrates, en la Grecia antigua, definió la Cirugía como el arte de curar con las manos. Las enfermedades tratadas eran traumatismos, heridas, fracturas, hemorragia han sido los procesos que durante siglos ha tratado el cirujano.

Galeno de Pérgamo, insigne médico de la antigua Roma que vive en el siglo II d. C. ejerció su actividad y adquirió su prestigio y experiencia como cirujano de los gladiadores del Imperio. Los dieciséis libros de Galeno, conservados en la biblioteca de Alejandría, transmiten sus enseñanzas a lo largo de la Edad Media.

Abulcasis es uno de los cirujanos de más prestigio de la medicina árabe. En sus libros traducidos en el siglo XII por los traductores de Toledo, recopila los conocimientos de la época. Diseña numerosos instrumentos, fue el precursor de la endoscopia y de una manera indirecta de la cirugía laparoscópica ⁽⁵³⁾.

Este periodo floreciente de la Cirugía y en general de las ciencias y las artes de los griegos y romanos, padece el retraso que significó la Edad Media. La práctica de la medicina se desarrolla siguiendo la ideología, mezcla de mística y magia, que supuso este periodo.

La Cirugía relegada a una actividad marginal es practicada por barberos y charlatanes. La formación, el oficio, se trasmitía de padres a hijos. Durante un muy largo periodo se diferencian claramente dos actividades relacionadas con la medicina ⁽⁵³⁾.

Ambrosio Paré desarrolla su actividad en la segunda mitad del siglo XVI. Médico militar con experiencia en tratar heridas, las primeras heridas de arma de fuego, es el primero que realiza la ligadura de los vasos sanguíneos lesionados. Abandona el tratamiento clásico del cauterio o el aceite hirviendo. **Es considerado como el cirujano más importante del renacimiento y el padre de la Cirugía moderna** ⁽⁵³⁾.

Después de casi 300 años de intentos frustrados por los cirujanos de reglamentar su formación universitaria, el año 1540, el rey Enrique VIII de Inglaterra acepta que los cirujanos barberos de la época puedan matricularse en la Facultades de Medicina, adquieran formación universitaria, y por tanto una formación con un mayor rigor científico ⁽⁵³⁾.

En Francia el rey Luis XIV en 1660, siguiendo el ejemplo del rey de Inglaterra y posiblemente más influenciado por los consejos de un cirujano, Félix que después de aprender y experimentar la técnica con los presos de la Bastilla, les operó y curó de una muy molesta fístula anal, reúne los distintos gremios y corporaciones de cirujanos y reglamenta su formación. El año 1731 se funda la Academia Real de Cirujanos Francesa ⁽⁵⁴⁾.

Pedro Virgili médico militar, pocos años más tarde, por encargo de la Armada Española, funda en Cádiz en 1748 el Real Colegio de Cirujanos. Fue la primera escuela de cirujanos en España que en un plan de estudios de 3 años; forma cirujanos con conocimientos de cirugía general y determinadas especialidades. La integración de los cirujanos al saber científico de la medicina incorpora nueva mentalidad e impulso. El pragmatismo quirúrgico de analizar lo que se toca con las manos, contrasta con la teoría imaginativa del médico ⁽⁵⁴⁾.

Fruto de este pragmatismo es el desarrollo de la Anatomía, Fisiología y Anatomía Patológica. Nombres como los de Bichat, Corvisart, Laënc, Desault de la Escuela Francesa, o Hunter, Cooper de la Escuela Inglesa o Wunderlich, Traube, Cohnheim, Virchow de la Escuela Alemana, llenan la primera mitad del siglo XIX y nos llevan a los albores de la Cirugía. El dolor, la infección y la hemorragia son los tres problemas que enfrenta la Cirugía de la segunda mitad del siglo XIX y tres descubrimientos trascendentes comienzan a dar solución ⁽⁵⁴⁾.

Morton, cirujano americano, hace de anestesista a otro cirujano, el prestigioso Profesor Warren para extirpar sin dolor un tumor de cuello.

El Profesor **Halsted**, cirujano del hospital americano de J. Hopkins, merece una cita especial. Integra los conocimientos científicos de la medicina a la Cirugía. Sistematiza y organiza el acto quirúrgico en tres principios:

1. División de tejidos.
2. Disección y excisión de órganos.
3. Reparación y aproximación de los mismos.

A través de su escuela son divulgados estos principios y aceptados por la comunidad quirúrgica. **Halsted** es considerado por muchos autores como el verdadero fundador de la Cirugía moderna ⁽⁵⁴⁾.

A lo largo de todos estos siglos los cirujanos, los médicos en general, se plantean dos problemas de gran importancia: Diagnóstico por visión directa de las lesiones, y causar el menor daño, la menor lesión posible a los enfermos operados. El esfuerzo de un gran número de cirujanos ha desarrollado lo que hoy conocemos como laparoscopia. A partir del año 1987, con el uso de la videocámara y la utilización de varias vías de actuación, la cirugía laparoscópica presenta un mayor desarrollo. No debemos olvidar el esfuerzo de los precursores. Entre todos han conseguido abrir caminos para operar los enfermos sin necesidad de abrir las distintas cavidades del cuerpo ^(54,55).

Pasteur, químico francés y **Lister** cirujano inglés, descubren que son microorganismos los que producen la infección de las heridas.

La limpieza en la práctica de la cirugía y el empleo de sustancias antisépticas evitaran la contaminación y el desarrollo de los gérmenes. Se desarrolla el concepto de asepsia y antisepsia ⁽⁵⁵⁾.

CLASIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA

1.- **Diagnóstico-exploratoria** (urgente; no queda más remedio que abrir para ver lo que pasa, se desconoce el diagnóstico del paciente) Ejemplo: biopsia.

2.- **Curativa** (se practica para erradicar la enfermedad) Reparar, sustituir o eliminar tejidos enfermos.

3.- **Reparadora** (cirugía de trauma. Reparar una función alterada, injertos, estética, quemados...) Devuelve la función perdida o corrige deformidades.

4.- **Paliativa** (sabemos que no va a curar, pero algo hay que hacer. Extirpación de tumores, osteomía de descarga) Disminuye síntomas o retrasa procesos patológicos.

5.- **Estética:** Conservar o mejorar el aspecto ⁽⁵⁶⁾.

Dependiendo del tiempo:

1.- **Opcional** (electiva): normalmente el paciente elige cuando operarse. Depende de lo que esté dispuesto a aguantar.

2.- **Programada**: es el sistema quien decide. Conveniencia de cirujano y paciente.

3.- **Urgencia** (emergencia): Urgencia: dentro de dos días hay que operar (se le realiza preoperatorio adecuado). Emergencia: cuando el paciente entra en el hospital e inmediatamente se opera (Ej.: accidente de tránsito); la cirugía debe llevarse a cabo de inmediato para salvar la vida del paciente ⁽⁵⁶⁾.

CIRUGÍA COMO EJERCICIO MORAL

La cirugía se ejerce “con la mente, con el corazón y con las manos”. Con la mente, porque es un proceso intelectual inductivo (que parte del conocimiento de hechos para establecer proposiciones generales) y también deductivo (que parte de hechos generales reconocidos para definir principios fundamentales) ⁽⁴⁸⁾.

Con el corazón, porque conlleva un propósito humanitario y una actitud de compasión, respeto y amor. Con las manos, porque la cirugía, desde Hipócrates, es la terapia que se ejecuta mediante procedimientos manuales y con instrumentos. Como tal, es un arte, porque en la expresión del ejecutor sólo cabe la perfección. La perfección de la ejecución resulta del conocimiento, de la capacitación, de la habilidad y de la experiencia del ejecutor. Esto se denomina idoneidad. Sólo quien posea idoneidad debe ejercer la cirugía ⁽⁴⁸⁾.

Porque la cirugía es eminentemente intervencionista y porque afecta profundamente al organismo y a la función vital, conlleva la más formidable responsabilidad entre todas las actividades humanas ⁽⁴⁸⁾.

Recuerda Luthringer que desde sus orígenes en la antigüedad clásica, la primera preocupación ética fue alcanzar la virtud mediante la modelación del carácter y la voluntad para producir actos morales.

Luego, en las últimas tres centurias, la preocupación se ha desviado hacia definir principios y establecer reglas que sirvan como guías para un comportamiento moral. Actualmente se asume qué es lo que hacemos, no lo que somos, lo que reviste importancia primaria ⁽⁴⁸⁾.

LA SATISFACCIÓN DE SER CIRUJANO

El buen cirujano, como el buen ser humano, es aquel que deriva placer y satisfacción, felicidad, de realizar acciones armónicas con el bien de los demás. Concebido el acto quirúrgico como una acción virtuosa, no quiere decir que todo cirujano que ejecuta acciones virtuosas es un hombre virtuoso. Aristóteles, en el capítulo 4 del Libro Segundo de la Ética Nicomaquea, establece que el hombre virtuoso sabe cuando el acto es lo correcto en las debidas circunstancias, y lo ejecuta por un motivo correcto, con la correcta disposición de espíritu ⁽¹⁹⁾. El virtuosismo así concebido, es la suprema satisfacción del cirujano.

DEBERES DEL CIRUJANO

Doyen, uno de los cirujanos más famosos enumera como deberes del cirujano: "Determinación precisa de la indicación operatoria, práctica rigurosa de la antisepsia, perfección de la operación propiamente dicha y de los cuidados consecutivos, tales son las exigencias que tiene derecho de formular el que solicita de un cirujano el socorro de su arte."

La preocupación constante de un verdadero cirujano debe ser la vida y los intereses de la persona que ha puesto, confiada, su existencia entre sus manos. A este respecto, el Dr. Kocher dice: "Estamos en el deber de preservar à nuestros operados, durante y después de la operación, de los perjuicios y peligros que pudiera acarrearles una infección de la herida ⁽⁵⁷⁾.

Todo nuestro arte y toda nuestra habilidad, son perfectamente inútiles, sino prestamos la atención que se merece á ésta que debe llamarse 'cuestión vital' en el verdadero sentido de la palabra." El paciente pide salud y vida; nada debe omitirse para obtener la curación ⁽⁵⁷⁾.

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y CIRUJANOS

Derechos del paciente: el paciente tiene derecho a exigir que sus datos consten en una historia; a que ésta se custodie con garantías, materiales y morales, a consultarla, a tener una copia o parte de ella; tiene derecho a delegar en un representante para que lo pueda hacer en su nombre, a autorizar a personal no

sanitario su consulta, a prohibir que terceras personas puedan acceder a ella y a decidir el destino de ésta tras su muerte. Se obliga a ser veraz en sus manifestaciones al personal sanitario.

El cirujano tiene derecho a redactar la historia de sus pacientes y a que, como su autor, nadie la pueda modificar, enmendar, sustituir, amputar.

A reservarse, en exclusiva, un espacio de confidencialidad para hacer sus anotaciones subjetivas; a limitar los derechos de los pacientes y de la administración cuando, dada su posición de garante, tenga que velar por el derecho de confidencialidad de ciertos datos pertenecientes a terceros y traídos a la historia en interés clínico del paciente; a seleccionar la información que se debe suministrar al juez, y a la administración sanitaria en función de resolver ⁽⁵⁸⁾.

El cirujano redactor o consultor de una historia no puede olvidar nunca que los bienes y valores que están contenidos en la historia son de una importancia extraordinaria, ya que están directamente relacionados con uno de los derechos fundamentales del individuo: el derecho a la intimidad del que emanan otros no menos importantes, como el honor, la dignidad, la libertad, la integridad física y la salud ^(58,59).

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Los seres humanos tenemos un ciclo vital: nacemos, crecemos, nos relacionamos con otros, tenemos un trabajo, formamos una familia, envejecemos y finalmente morimos. Este ciclo se altera cuando aparece una enfermedad que amenaza la vida. La enfermedad o la alteración de la salud tienen connotaciones psicológicas importantes, que de una u otra forma tienen impacto sobre la respuesta y evolución a los tratamientos instaurados, ya sean médicos o quirúrgicos ⁽⁵⁶⁾.

Una condición patológica intensa o prolongada desorganiza el aparato psíquico, amenaza la integración mente-cuerpo, afecta la capacidad de desear y la actividad de pensar. El paciente por ser humano es inteligente y libre, corporal, social y espiritual; no es solamente un mecanismo biológico, compuesto de tejidos, órganos y sistemas ⁽⁵⁶⁾.

Así, el paciente, dueño del cuerpo sobre el cual el médico interviene, percibe lo que le sucede desde la totalidad de su ser; la atención que se le otorgue debe contemplar la diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético y religioso); la atención, entonces, deberá tener en cuenta estos factores que provienen, no tanto del cuerpo enfermo sino del sujeto que sufre la enfermedad ⁽⁵⁶⁾.

DEBERES DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

Los deberes u obligaciones que pesan sobre los pacientes son los siguientes:

- 1-Deber de informar
- 2-De colaborar
- 3- De observar el tratamiento prescrito
- 4- Abonar los honorarios profesionales ⁽⁶⁰⁾.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Las necesidades emocionales del paciente estarían determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que le representen peligro, de adaptarse al riesgo que la cirugía represente y enfrentarse a temores y ansiedades. La enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria compañía, confort de hogar, imagen corporal ⁽⁵⁶⁾. Algunos de los temores más habituales son:

- Pérdida del control, asociada principalmente con la anestesia y el temor a lo desconocido, consecuencia de la incertidumbre de la cirugía.
- El temor a la anestesia, incluyendo reacciones adversas a la inducción, situaciones de emergencia médica o de “despertar” intraoperatorio.
- Temor a la muerte, lo cual constituye un miedo “legítimo”, ya que ninguna operación ofrece, a pesar de los avances anestésicos de hoy en día, una absoluta seguridad. El temor al dolor o a la analgesia postoperatoria inadecuada..

Temor a la separación del grupo de apoyo, como del esposo, familia; ser atendido por extraños durante gran parte de este período altamente estresante. Temor a la alteración de los patrones de vida, ya que el ingreso hospitalario y procedimiento quirúrgico interfiere en las actividades personales.

- Temor a la mutilación, o pérdida de parte del cuerpo ⁽⁵⁶⁾.

Otras preocupaciones son fuente también de ansiedad preoperatoria y están ligadas a la aceptación de la realidad del cuerpo que se lo percibe vulnerable y mortal; así como la posibilidad de daños en la imagen corporal como consecuencia de la cicatriz que queda como marca. El impacto emocional puede variar de acuerdo al carácter de la cirugía, si ésta es reparadora o mutilante. Aunque se tenga la seguridad de la finalidad curativa de la cirugía, sin embargo, se vive el proceso como de amenaza a la integridad física y temores de fragmentación corporal ⁽⁵⁶⁾.

Surgen fantasías y temores relacionadas al órgano que va a ser intervenido, pues éste tiene un significado que puede estar ligado a la funcionalidad o a otras capacidades, por ejemplo, en cuanto compromete la identidad del paciente ⁽⁵⁶⁾.

La pérdida de la autonomía y funcionalidad y, en ocasiones, la excesiva pasividad del proceso son otras de las circunstancias que ocasionan malestar. El ambiente hospitalario frío y ajeno, lleno de ruidos extraños que marcan cada pulsación del cuerpo o diferentes funciones orgánicas son factores que producen ansiedad y que recuerdan constantemente la enfermedad.

Por ello y para evitar frases como: “yo esto lo sabía, ya me lo imaginaba, y ahora qué será de mí?” “no doctor, no me operaré, tengo miedo de morir, de no despertarme, de que me pase algo durante la operación”. Es importante y resulta beneficioso indagar con tacto los temores y las preocupaciones, que por lo general no se expresan fácilmente y, sólo se logran conocer cuando se ofrece un espacio apropiado para ello.

El valor que se da a la información y al consentimiento por parte del paciente tiende a resaltar su autonomía y su capacidad para resolver y decidir sobre su futuro y sobre los tratamientos que recibirá. Se evita el paternalismo médico que en ocasiones es autoritario y hasta omnipotente. Con respecto a la información, es frecuente que como el paciente está presionado por malas noticias y por una realidad amenazante, sus mecanismos psicológicos de defensa le impidan que escuche o que comprenda la información ⁽⁵⁶⁾.

NECESIDADES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Todo paciente quirúrgico tiene necesidades como:

1.- La **aceptación**: la describen como "...una forma inicial de crear un entorno terapéutico al aceptar al enfermo como un individuo con necesidades, con características propias y que deben ser aceptadas ante su derecho de respetar su dignidad" ⁽⁶¹⁾.

2.- **Interés** comprende: "...la genuinidad del profesional de enfermería al manifestar su deseo de ayudar al enfermo" ⁽⁶²⁾.

3.-El **respeto**, es "...la aceptación incondicional" ⁽⁶³⁾.

4.- La **honestidad** es: "... "Dar información adecuada, suficiente y oportuna a la persona, familia y comunidad de acuerdo con sus necesidades, solicitud y capacidad de comprensión" ⁽⁶⁴⁾.

5.- La **asistencia**, constituye la esencia del cuidado de enfermería; en el radican la protección de la vida humana, lo que se convierte en el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer del enfermero (a) ⁽⁶⁴⁾.

6.- El **permiso**: es el consentimiento para la intervención ⁽⁶²⁾.

7.- La **Seguridad** significa que "...el enfermo se siente confiado y con garantía de su protección física, así como su protección emocional" ⁽⁶⁵⁾.

8.- La **Concreción**: la precisión y claridad con que se expresa el profesional de la cirugía hacia el enfermo" ⁽⁶²⁾.

LA INFORMACIÓN MÉDICA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES QUIRÚGICOS ADULTOS

Actualmente se concibe la información como un elemento fundamental de la práctica médica cotidiana. El consentimiento informado (CI) es la expresión práctica del principio de autonomía, una de las más importantes reglas que norman el ejercicio moderno de la Medicina. Se lo define como la aceptación voluntaria de un acto médico por parte de un paciente, luego de una adecuada explicación de sus riesgos y beneficios, y de las alternativas existentes.

El Consentimiento Informado no debe ser solo una recitación mecánica de hechos o la presentación de un formulario prellenado, solicitando que el paciente firme la autorización para una cirugía, sino un acercamiento franco apoyado en una relación médico- paciente sólida, que conduzca a la toma de las mejores decisiones en pro de restablecer la salud del sujeto. Además debe ser un proceso dinámico y continuo, lo que facilitará la cooperación durante el proceso de atención médico-quirúrgica ⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁾.

Como principio general, el CI debe obtenerlo el cirujano que va a llevar a cabo el procedimiento; si se deja en manos de un asistente la responsabilidad de obtenerlo, el cirujano se pone en una situación peligrosa ya que sin lugar a dudas es él la única voz autorizada para hacer todas las revelaciones al enfermo. En esencia este proceso lo que trata es de tomar decisiones compartidas, con participación activa del enfermo (beneficencia vs autonomía), alejándose de la forma paternalista clásica de la atención médica ⁽⁶⁶⁾.

Se entiende por *consentimiento informado terapéutico* la explicación e información adecuada y oportuna que el profesional de la salud, en lenguaje sencillo, le brinda al paciente sobre su enfermedad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, beneficios, consecuencias, riesgos reales y potenciales de más posible y grave ocurrencia, que pueden derivarse de su aplicación o no, para que el paciente competente la acepte o rechace ⁽⁶⁸⁾.

En nuestras sociedades latinas ha sido una tradición arraigada, al contrario de lo que sucede en las sociedades anglosajonas, que se tienda a no decir la verdad al enfermo cuando el diagnóstico es de una patología maligna o irrecuperable, basándose para ello en la convicción de que un paciente que conoce su pronóstico fatal puede mostrar una actitud negativista y no colaborar en el tratamiento a seguir, y en que, dada la irreversibilidad del proceso, el dar una información completa no contribuirá más que a añadir un dolor innecesario ⁽⁶⁹⁾.

Una de las razones detectadas en algunos estudios es que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad del enfermo y muchas veces son los familiares de los pacientes quienes, en esas circunstancias, apelan a ella para solicitar al profesional que no informe al enfermo ⁽⁶⁹⁾.

En el escenario de la comunicación con el enfermo quirúrgico, especialmente oncológico, se ha desarrollado el concepto de verdad soportable o verdad tolerable para definir el modo adecuado de transmitir la información a los pacientes. El fundamento de la verdad tolerable es que la información que se debe facilitar al paciente sobre su enfermedad tiene que ser la que el enfermo pueda admitir, es decir, la que pueda tolerar o soportar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece, tanto psicológicos como somáticos. Cada enfermo es un mundo con un espectro amplísimo de registros y matices que sólo se exteriorizan en circunstancias determinadas. A diario hay que concretar, matizar y reajustar la verdad tolerable, adaptándola a la propia vivencia del paciente ⁽⁷⁰⁾.

LA CIRUGÍA INNECESARIA

Para calificar una cirugía como innecesaria, se deben considerar dos puntos de vista: el técnico-quirúrgico y el de comportamiento ético, ambos pueden ocasionar fallas de grado variable ⁽⁷¹⁾.

La cirugía innecesaria propiamente dicha es la que se efectúa sin beneficio del paciente, que va en contra del principio de no-maleficencia (al no considerar las consecuencias de los daños y agresiones, y que puede incluso complicarse), que va en contra del principio de justicia (al incurrir en dispendio inadecuado de recursos) y violenta muchas veces normas como el consentimiento informado (incluyendo la veracidad) ⁽⁷¹⁾.

Los factores más comunes que contribuyen a la realización de cirugías innecesarias son, entre otros, los siguientes ⁽⁷¹⁾: Intención de lucro desmedido con fines de subir en la escala social, necesidades económicas del cirujano, fallas en el diagnóstico, exigencias derivadas de la información alcanzable por los pacientes, exigencias de los pacientes. Equipos modernos y la necesidad de recuperar inversiones, tecnología avasallante y la necesidad de obtener destrezas quirúrgicas y acortar el tiempo en la llamada curva de aprendizaje, por circunstancias de medicina institucional, administrativa o privada, por modas y costumbres, por variaciones en la práctica médica en diversas áreas geográficas, por medicina defensiva, en equivocaciones punibles, en fallas de los sistemas de auditorías de

los departamentos de cirugía, por adquirir prestigio en el tratamiento de una determinada patología, cirugía innecesaria aceptada como mal menor y deshumanización del cirujano ^(72,73).

Algunas de las situaciones enunciadas se pueden ejemplificar así: la cesárea llamada de complacencia, a solicitud de la paciente por convenir a sus intereses, ejerciendo una supuesta autonomía que es equivocada; la apendicectomía laparoscópica subsiguiente a laparoscopia diagnóstica en problemas de dolor abdominal de origen oscuro, aunque el apéndice se lo vea normal. La intención humanitaria de "hacer algo", como sucede en el caso de neoplasias avanzadas, intentándose cirugías radicales innecesarias sin considerar los riesgos, supliendo a cirugías paliativas o más aún al abstencionismo, que sería más ético; finalmente, los casos de instituciones que intentan lograr prestigio en un área determinada, efectuando un gran número de intervenciones pero ampliando en forma no ética la banda de las indicaciones ⁽⁷⁴⁾.

Torres sostiene que un acto quirúrgico puede ser calificado como innecesario, desde el punto de vista ético, en las siguientes circunstancias: cuando se probó que el acto no tuvo fundamento en las indicaciones médicas; cuando se hizo una valoración incompleta de las condiciones clínicas respecto a las necesidades físicas, emocionales, sociales, ocupacionales y profesionales de un paciente; si se demostró una actuación con falsedad y malicia para inducir la aceptación de la indicación quirúrgica, utilizando frases engañosas y confusas, y peor aún si se usó

alguna forma de coerción; cuando se indujo la aceptación de una tecnología quirúrgica moderna, con intenciones de mercadotecnia y recuperación de inversiones ("cirugía vendible")⁽⁵¹⁾.

Cuando el acto se enmarcó en un protocolo de investigación quirúrgica que se apartó de los derechos del paciente, y de las normas éticas internacionales que rigen la investigación en humanos, especialmente la Declaración de Helsinki; cuando se engañó con intención de lucro, la situación más grave de todas, que implica una actitud dolosa, lo que obliga en un momento dado a responder inclusive ante los tribunales⁽⁵¹⁾.

6.- PERSPECTIVA MORAL

EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

La medicina hipocrática se ejerció como un oficio y sus practicantes tenían como propósito lograr un buen vivir lo cual, por supuesto, no puede ser considerado como inmoral. En efecto, el interés personal puede ser un principio moral adecuado, siempre y cuando esté dentro del marco del precepto.

El Juramento Hipocrático establece la obligación de respetar al maestro; enseñar la Ciencia a sus hijos, a los hijos de su maestro y a los discípulos; tratar al enfermo con lo mejor de su habilidad y buen juicio; no hacer daño, no dar venenos, no inducir el aborto; observar la religión y llevar una vida casta; no operar, así sea por cálculo en la vejiga, dejando tal procedimiento a los que

practican tal arte (cirujanos); no hacer avances sexuales a los pacientes; y mantener el secreto y la discreción. Tal es el precepto hipocrático, el marco ético que ha regido a la profesión médica por 2.500 años.

Pero en los tiempos hipocráticos no regía el altruismo. Este sólo vino a vislumbrarse en el siglo II, con los ideales estoicos y morales, para aparecer como un contexto moral judeo-cristiano en la edad media. Los monjes y monjas, con su vocación de sacrificio adoptaron el cuidado de los enfermos e indigentes como una obligación moral, el deber del “Buen Samaritano” ⁽²⁴⁾.

El médico moderno es el heredero, por una parte, del precepto hipocrático, el cual es una prescripción de etiqueta, y de ética del precepto monástico de altruismo, de atender al enfermo como una obligación moral. Es la combinación de estos legados lo que conforma hoy el marco ético de la profesión ⁽⁵²⁾.

Es casi imposible adentrarse en un trabajo que exhibe un tema tan relevante como el de la Bioética o el de la Ética para la vida en el campo de los que generan salud sin que al médico le asalte uno de los nombres más comprometidos desde la antigüedad no solamente con la medicina, sino con la Ética: *HIPÓCRATES*.

El Juramento Hipocrático, uno de los documentos más antiguos, se recogen normas para la ética de la profesión médica, como a continuación reza: “Juro por Apolo médico y Asclepio e Higinia y Panaceia y todos los dioses y diosas, haciéndoles testigos, cumplir acorde con mis capacidades y juicio, estas promesas:

Considerar al que me ha enseñado a mí este arte como igual a mis padres; vivir mi vida en su compañía; si necesita dinero darle parte del mío; mirar sus hijos como iguales a mis hermanos y enseñarles a ellos este arte si ellos desean aprenderlo, sin exigir convenio ni recibir remuneración por ello; dar los preceptos e instrucciones orales y todos los otros conocimientos a mis hijos y a los hijos de aquél que me ha instruido y a los alumnos que previo convenio hayan hecho el juramento acorde con la ley médica, no a otra persona ⁽⁵²⁾.

Aplicar regímenes para beneficio del enfermo acorde a mi habilidad y juicio; guardaré a éstos, libres de prejuicios e injusticia. No daré una droga mortal a nadie si me lo solicitare, ni sugeriré este efecto. Igualmente no daré a ninguna mujer un abortivo. Guardaré mi vida y mi arte con pureza y santidad. No usaré el escalpelo ni aun en pacientes que sufren de cálculo y estaré dispuesto a retirarlo a favor de estos pacientes cuando sean tratados de este modo. En toda casa que yo visite iré sólo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala y en particular de relaciones sexuales con mujeres y hombres, sean ellos libres o esclavos. Lo que yo pueda ver y oír en el curso del tratamiento o aun fuera de él con respecto a la vida de los seres humanos que no deba divulgar, lo guardaré dentro de mí mismo considerando hablar de ello algo deshonoroso para mí. Si yo cumplo este juramento y no lo violo, se me concederá gozar la vida y el arte, siendo honrado con la fama entre todos los hombres en el tiempo venidero; si no cumplo o lo juro falsamente, lo opuesto de lo anterior me sucederá” ^(36,52).

JURAMENTO LUIS RAZETTI

El Código de Deontología Médica ⁽⁹⁾ en su Capítulo Segundo establece como un deber de todo médico, cumplir en todos los actos de su vida profesional los principios éticos y deontológicos contenidos en el Juramento del Dr. Luís Razzetti, transcripción fiel del adoptado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central el 14 de febrero de 1984.

La preocupación en nuestro país por la deontología médica (establecimiento de los principios morales que deben regir la conducta profesional de los médicos) se asomó a principio del siglo XX, cuando se creó el Colegio de Médicos. En la ley establecía que debía antes de cumplir el primer año redactar y publicar un Código de Moral Médica de cumplimiento obligatorio. El proyecto se presentó el 28/05/1903.

En 1904 el Colegio de Médicos se elevó a la categoría de Academia Nacional de Medicina, de modo que el segundo intento a favor de un código estuvo en la academia. Pero no había manera de lograr un acuerdo. Para 1915 todavía la Academia Nacional de Medicina carecía de un código. En 1916 es retomado el proyecto encontrándose bastante adelantado para el 24 de junio de ese mismo año. El 30 de Mayo de 1918 queda el código sancionado y el 15 de Octubre de 1918 queda anulado y la academia acató el fallo ⁽³⁰⁾.

En 1928, sin desanimarse, editó el más hermoso de sus libros: “La Moral Médica” que dedicó a sus discípulos de la Facultad de Medicina de Caracas desde 1893 hasta 1924. Como cirujano continuó realizando intervenciones quirúrgicas pioneras, siempre magistrales. Durante el mes de agosto de 1929, comenzó a dictar a sus estudiantes conferencias sobre deontología médica ⁽³⁰⁾.

7.- PERSPECTIVA DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN

En todo proceso de legitimación un papel crucial lo desempeñan el cuerpo de especialistas; es decir, aquellas personas poseedoras de conocimientos y destrezas especializadas y que todo el mundo reconoce como tales. Esta matización acerca del reconocimiento público es importante, pues es a estos especialistas a quienes es normal recurrir para solicitar ayuda y consejo, y a los que se les erige como fuente de legitimación pública para imponer o sancionar opciones concretas ⁽⁷⁵⁾.

La legitimidad de especialista se adquiere en la medida en que se conocen y comparten las teorías y saberes especializados, luego de un proceso de aprendizaje controlado y evaluado por alguna institución autorizada. Cada sociedad a su vez no dudará en reforzar la autoridad de estas personas especialistas, si su trabajo puede ser rentabilizado por los grupos económicos, culturales y políticos dominantes. Diversas técnicas de intimidación, propaganda racional e irracional, mistificaciones y manipulaciones se irán desarrollando para mantener la especial autoridad social y cultural de las personas expertas ⁽⁷⁵⁾.

EL MÉDICO COMO EDUCADOR

Desde la antigüedad, el buen médico tendía de forma natural, a educar. El clásico médico de familia de hace algunas décadas influía en los distintos miembros de la familia con sus consejos, opiniones y en ocasiones en decisiones, más allá de asuntos propiamente médicos. En la época, se enseñaba a través de un tutor. Estos maestros no se limitaban a dar conocimientos y destrezas, sino que se preocupaban por la formación personal de los jóvenes estudiantes. Despertaron en ellos el interés por la cultura general, por la política, y otros tópicos de la vida individual y social ⁽⁷⁶⁾.

ACTITUD ÉTICA DEL MÉDICO EGRESADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Con el fin de rescatar la Humanización de las Ciencias la Dra. Olivia M. Chávez Grimaldi en su obra titulada “Hacia una Mayor Humanización de la Medicina” ⁽²⁵⁾ plasmó los resultados de una investigación dirigida a evaluar la actitud del médico que egresa de la Universidad de Carabobo, acerca de los principios médicos dentro del ejercicio profesional.

Para ello se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y de campo, dirigida a los estudiantes de Pre y Post Grado de Medicina y Cirugía General.

La población estuvo representada por los estudiantes de postgrado de las especialidades Medicina Interna y Cirugía General dentro de la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” de Valencia, Estado Carabobo, y los alumnos del sexto año de la Esc. de Medicina de la Universidad de Carabobo, correspondiente al período académico 1999-2000. La población estuvo constituida por 240 estudiantes de pre y postgrado y la muestra por 36 y 64 estudiantes de postgrado y pregrado respectivamente. Se elaboraron 10 Items para determinar la actitud del estudiante ante la Ética Médica, y 10 Items para determinar su actitud ante los Principios Éticos. El instrumento fue sometido a la consideración de expertos que demostraron a través de su análisis la validez del mismo; la confiabilidad se determinó a partir del alfa de Croubach ⁽²⁵⁾.

Las conclusiones del trabajo demostraron los aspectos siguientes:

- 1.- Los estudiantes de Post Grado de Medicina Interna presentaron una mejor actitud ante la Ética Médica y los principios éticos que los estudiantes de Post Grado de Cirugía General, lo cual marcará una pauta diferente al momento de finalizar su postgrado e iniciar su ejercicio profesional.
- 2.- El 50% de los estudiantes del Post Grado de Cirugía general presentaron una actitud desfavorable ante la Ética Médica, y son los únicos de postgrado que no reciben enseñanza de Bioética.

3.- Ningún estudiante del Postgrado de Medicina Interna mostró una actitud desfavorable ante la Ética Médica y los principios éticos.

4.- Un porcentaje importante de estudiantes de pre y postgrado de Medicina mostraron poca motivación ante la Ética y los Principios Éticos ⁽²⁵⁾.

LOS SIETE SABERES NACESARIOS A LA EDUCACIÓN DEL FUTURO

Para Edgar Morín, existe la necesidad de repensar *la educación desde el pensamiento complejo*, con nuevas perspectivas para la comprensión de los procesos de aprendizaje con la visión patria-tierra. Estos saberes son:

1.- Las cegueras del conocimiento: el error y la ilusión.

2.- Los principios de un conocimiento pertinente.

3.- Enseñar la condición humana.

4.- Enseñar la identidad terrenal.

5.- Enfrentar las incertidumbres.

6.- Enseñar la comprensión.

7.- La ética del género humano ⁽⁷⁷⁾.

Esta visión apunta a una integración de elementos enriquecedores de la educación y la interacción entre todos ellos con la finalidad de que el proceso enseñanza-aprendizaje sea verdaderamente efectivo.

LA EDUCACIÓN QUIRÚRGICA BASADA EN COMPETENCIAS

La educación quirúrgica basada en competencias va dirigida a que el desempeño del educando (Residente Quirúrgico), alcance objetivos específicos graduales previamente planificados y señalados en su currículo.

Los 5 ejes necesarios para la formación de personas idóneas son:

- 1.- Responsabilidad de las instituciones educativas.
- 2.- Responsabilidad social = Cultura de formación del talento y del recurso humano.
- 3.- Responsabilidad del sector laboral, empresarial y económico.
- 4.- Responsabilidad de familia y su entorno.
- 5.- Responsabilidad personal de los sujetos en formación.

Los tres tipos de saberes que encontramos en las competencias son: “saber conocer”, “saber hacer” y “saber ser”. Estos tres saberes forman una triada clásicas en el mundo de las competencias ^(39,78).

La competencia como requisito para desempeñar un puesto de trabajo, se refiere a las habilidades, capacidades, destrezas, conocimiento, valores y actitudes que un candidato a un determinado puesto de trabajo debe tener para poder ser vinculado a una empresa ⁽³⁹⁾.

Las leyes de la asepsia son absolutas, y el cirujano debe respetarlas y hacerlas observar del modo más severo y estricto, como consigna militar.

Aristizábal H., 2009

8.- PERSPECTIVA LEGAL

EL MARCO LEGAL DEL EJERCICIO QUIRÚRGICO ACTUAL

Actualmente es importantísimo que el cirujano actúe con pleno conocimiento de que su responsabilidad legal, tanto desde el punto civil como penal, constituye un imperativo jurídico y social que obliga, como a todos los profesionales, a responder ante las autoridades competentes por los perjuicios cometidos con sus actos voluntarios o involuntarios en el ejercicio de su ciencia, arte, oficio o profesión. Su responsabilidad no es sólo de no producir un daño (iatrogenia) sino también de no incumplir el contrato, porque no hay que olvidar que todo acto quirúrgico representa, legalmente, un contrato entre cirujano y paciente o su representante legal. Este contrato se realiza entre un profesional (cirujano) que se compromete a ofrecer un servicio técnico (cirugía) a favor de un cliente (paciente), el que a su vez, se compromete a colaborar y a cubrir honorarios estipulados ⁽⁵¹⁾.

Es una verdad irrefutable que todo procedimiento quirúrgico tiene riesgos. El problema actual es que se tiende a trasladar dicho riesgo al médico sin una razón suficiente. Anteriormente el enfermo era consciente de su estado y asumía las consecuencias del tratamiento, sin inculpar al médico por el fracaso ⁽⁵¹⁾.

Era una posición responsable que se basaba en el principio de la buena fe recíproca: el paciente era sincero con el médico y le descubría su cuerpo y su alma; iba a él en busca de ayuda y confiaba en que el médico, a su vez, haría lo que estuviera a su alcance para obtener la recuperación de la salud. Si no se lograba, no había reclamo. Ambos sabían que se había intentado y hecho todo lo posible.

El médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo. Por lo tanto, el único resultado que se puede ofrecer es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución ⁽⁶⁶⁾.

EL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

La Deontología Médica es la disciplina que señala normas morales y legales que guían la conducta de los profesionales al cuidado de la salud. La ética médica se rige de forma rigurosa por un código: El Código de Deontología Médica (CDM). En 1934 aparece el Código de Deontología Médica de Luis Alonso Muñozerro, una obra que va a ser crucial en el desarrollo de una deontología médica asentada en los principios de la moral católica del momento ⁽⁷⁸⁾.

Tras la guerra civil aparece en las Facultades de Medicina una asignatura de “Deontología”, generalmente impartida por un sacerdote, que solía ser el mismo que figuraba en la de religión ⁽⁷⁹⁾.

El Código de Deontología Médica actualizado en el año 2003, es un instrumento destinado a establecer con mayor claridad los deberes, las responsabilidades del médico hacia los individuos y hacia la comunidad, así como establecer sanciones a los transgresores. Se acepta una gradación desde los principios éticos, los preceptos morales y las disposiciones legales que son precedidas por aquellos; estas vienen a ser el reconocimiento o consagración oficial de la práctica o prohibición de algún tipo de compartimiento considerado por la sociedad como útil o perjudicial ⁽⁴¹⁾.

MARCO LEGAL DE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA ACTUAL

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela ⁽⁷⁾

Artículo 3. El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines.

Artículo 46. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. En consecuencia:

1.- Ninguna persona puede ser sometida a penas, torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda víctima de tortura o trato cruel, inhumano o degradante practicado o tolerado por parte de agentes del Estado, tiene derecho a la rehabilitación.

2.- Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

3.- Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley.

4.- Todo funcionario público o funcionaria pública que, en razón de su cargo, infiera maltratos o sufrimientos físicos o mentales a cualquier persona, o que instigue o tolere este tipo de tratos, será sancionado o sancionada de acuerdo con la ley.

Artículo 83. 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 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.

Artículo 84. 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. 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.

Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección.

Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado.....

LEY DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA ⁽⁸⁾

CAPITULO IV: De los Deberes Generales de los Médicos

Artículo N° 24.- La conducta del médico se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico: por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA ⁽⁹⁾.

Capítulo Primero: “Deberes Generales de los Médicos”

Artículo N° 1.- El respeto a la vida, dignidad y a la integridad de la persona humana constituyen en todas las circunstancias el **deber primordial del médico.**

Artículo N° 2.- El médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida.

Artículo N° 3° .- En el ejercicio de sus obligaciones profesionales, el médico no hará distinción por razones de religión, nacionalidad o raza, ni por adhesión a partido o posición social.

Artículo N° 4° .- Los deberes del médico hacia sus enfermos, deberán ser observados siempre con el mismo celo y la elevada preocupación que el profesional otorga al ejercicio de sus propios derechos individuales, sociales y gremiales.

Artículo N° 5° .- En todo momento, inclusive durante situaciones conflictivas, el médico deberá asegurar la atención de los enfermos graves o de urgencia.

Artículo N° 6° .- Es deber ineludible de todo médico acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad, y los derechos inherentes a ellos consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de Principios de los Colegios Profesionales Universitarios de Venezuela. En consecuencia, ante situaciones de fuerza determinantes de regímenes que desconozcan el ejercicio de la libertad y la dignidad de hombre, los médicos se limitarán al cumplimiento del deber profesional.

Artículo N° 13 .- El papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento humano, sin que motivo alguno, ya sea personal, colectivo, religioso o político, lo separen de este noble objetivo.

Artículo N° 15 .- El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados, para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente. El médico le pedirá su consentimiento informado por escrito, en caso de presentar enfermedad física o mental, la autorización de un familiar inmediato; en caso de menores de edad, la autorización escrita por su representante legal, la autorización debe consignarse en la historia clínica. Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

Artículo N° 16 .- La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto de la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos no irán más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente a sus familiares o allegados. El salvaguardar la vida del paciente será un acto médico jerárquico superior de la práctica médica.

El médico cumple con la advertencia del riesgo previsto con el aviso que en forma prudente haga a su paciente o a sus familiares o allegados con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, puedan llegar a producirse como consecuencia del procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Artículo N° 17: Teniendo en cuenta que el procedimiento diagnóstico o terapéutico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, riesgo imprevisto, el médico no será responsable por resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica.

Artículo N° 19 .- La Medicina es una profesión noble y elevada. La conducta del médico debe ajustarse siempre y por encima de toda consideración, a las normas morales de justicia, probidad y dignidad.

Artículo N° 50 .- El médico evitará los actos profesionales innecesarios y deberá participar al enfermo o a sus familiares que sus servicios ya no son necesarios en el momento en que así lo considere.

Artículo N° 51 .- El paciente tiene derecho a conocer la verdad de su padecimiento. El médico tratante escogerá el momento para dicha revelación.

Artículo N° 52 .- Es deber del médico decir siempre la verdad a los familiares del paciente a menos que éste haya prohibido previamente esta revelación o haya designado las personas a las que debe hacerse.

Artículo N° 53 .- Cuando el médico efectúa visitas por razones de amistad a un paciente asistido por otro colega, deberá abstenerse de hacer comentarios sobre la enfermedad o su tratamiento y de emitir juicios críticos públicos o privados o insinuaciones capaces de afectar el veredicto del médico y la confianza en él.

Capítulo Tercero. “Diceología o Derechos del Médico”.

Artículo N° 68.- El médico tiene derecho a transferir la atención del enfermo, salvo los casos de fuerza mayor y los ya previstos en este Código, cuando medie alguna de las circunstancias siguientes: a) Si se entera que el enfermo es atendido simultáneamente por otro médico; b) Cuando, en beneficio de una mayor atención, considere necesario hacer intervenir a un especialista u otro médico más capacitado para atender el proceso patológico en cuestión; c) Si el enfermo, voluntariamente, no cumple las prescripciones.

Capítulo Cuarto: “De los Derechos y Deberes de los Enfermos”.

Artículo N° 72 .- El enfermo tiene derecho a:

- 1) Exigir de los médicos que lo asisten y de los demás integrantes del equipo de salud, un elevado grado de competencia profesional y a esperar de los mismos una conducta moral irreprochable.
- 2) Ser atendido en forma respetuosa y cordial por el médico y por los demás integrantes del equipo de salud.
- 3) Ser informado de la naturaleza de su padecimiento, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones.

- 4) Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- 5) Que se respete su intimidad, violada con elevada frecuencia al hallarse recluso en instituciones docente-asistenciales.
- 6) Que se respeten sus confidencias y a que las discusiones concernientes a la información que ha suministrado, exámenes practicados y estado de salud, se conduzcan con discreción y carácter confidencial.
- 7) Exigir honorarios justos y a examinar y pedir información adecuada del monto de los mismos, no pudiendo el médico tratante negarse a suministrar las explicaciones que el primero considere convenientes.
- 8) Rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas siempre que se trate de un adulto mentalmente competente. El derecho a la auto determinación no puede ser abrogado por la sociedad a menos que el ejercicio del mismo interfiera los derechos de los demás. Si tal decisión pone en peligro la vida del enfermo, debe el médico exigir la presencia de testigos que den fe de la decisión del mismo y anotar la información pertinente en la correspondiente historia clínica.
- 9) Rechazar su participación en procedimientos de investigación en seres humanos y a conocer el reglamento de la institución donde se halla, incluyendo las regulaciones concernientes a sus limitaciones personales.

Artículo N° 73 : El enfermo debe:

- 1) Cumplir cabalmente las prescripciones del médico y no permitir se le persuada a tomar medicamentos sugeridos por profanos.
- 2) Abstenerse de solicitar otra opinión profesional sin el consentimiento expreso de su médico tratante, ya que si los médicos no actúan concertadamente pueden producirse efectos indeseables.
- 3) Comunicar en forma cortés su decisión al médico tratante cuando decide prescindir de sus servicios profesionales.
- 4) Tener presente, en sus relaciones con el médico, que la pura retribución pecuniaria nunca compensará la acción profesional del mismo.

Capítulo Segundo: “De las Certificaciones”

Artículo N° 148: El médico está obligado a expedir el certificado de defunción, de acuerdo a la legislación vigente, en caso de fallecimiento de personas que han estado bajo su cuidado profesional dentro de los términos legales y previa constatación personal del estado de muerte. En los casos de fallecimiento de paciente, hospitalizado o no, que ha estado en tratamiento regular y continuado en el centro asistencial donde trabaja el médico y bajo su supervisión, deberá expedir el certificado conforme a las disposiciones reglamentarias de la institución o centro asistencial del cual depende.

Capítulo Cuarto: “De los Honorarios Profesionales”

Artículo N° 169: Está prohibido al médico solicitar anticipo de honorarios profesionales por tratamientos aún no realizados. Debe, en cambio, informar al paciente el monto de sus honorarios antes de la realización de actos médicos, quirúrgicos o de cualquier otro tipo y no podrá negarse a suministrar al enfermo las explicaciones que éste requiera concernientes al monto de los mismos.

Artículo N° 170: Las atenciones gratuitas deben ser obligatorias para las personas señaladas en el artículo 105 del presente Código. Sin embargo el médico podrá libremente prestar asistencia gratuita a personas de manifiesta pobreza o de su íntima amistad. No constituye falta de ética negarse a la asistencia en forma privada si existiera en la localidad un servicio asistencial al público, exceptuando aquellos casos de extrema urgencia.

TITULO V .Capítulo Primero : “De la Docencia Médica”

Artículo N° 173: La elevada responsabilidad asignada a los docentes, de contribuir a la formación integral de los futuros médicos, justifica el que deban satisfacer los requerimientos de orden ético en el mayor grado posible.

Artículo N° 174: El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, exige cualidades fundamentales; rectitud en los juicios, comportamiento moral irreprochable, aptitud, conocimientos, experiencia y capacidad para reflexionar y deliberar libre de cualquier prejuicio.

Artículo N° 176 : Al impartir docencia debe estimarse que, en la práctica:

- a) Todo juicio clínico incorpora un elemento de orden ético.
- b) Con elevada frecuencia, en un paciente determinado, el elemento de orden ético excede en importancia los aspectos técnico y científico.
- c) Con no rara frecuencia el carácter vital del juicio ético relega a un plano subalterno los aspectos técnico y científico.

Capítulo Segundo : “De las Historias Médicas” .

Artículo N° 183: La documentación relativa a las exploraciones complementarias y todo documento que sea aportado por el paciente, bien en consultorio privado o en establecimientos públicos, le deberán ser devueltos cuando éste lo solicite. Es falta retener alguno contra la voluntad del paciente.

Artículo N° 184: Es contrario a la ética médica la anotación en las historias médicas de comentarios peyorativos, y en ocasiones de carácter ofensivo bien para el enfermo o relativos a las opiniones o recomendaciones hechas por otros colegas que también intervienen en el manejo de los problemas del paciente. Es también condenable la inclusión de datos falsos, enmendaduras o sustracción de hojas de la historia por no estar de acuerdo con lo allí descrito, o para ocultar errores cometidos.

Artículo N° 185: El médico que desea hacer un trabajo de investigación comunicación o cualquier tipo de publicación relativo a historias clínicas de pacientes, procedimientos o regímenes médicos o administrativos en una dependencia universitaria, sanitaria o asistencial, debe presentar su plan de trabajo al jefe médico, Comité de Ética o en su defecto a otras instancias responsables de dicha dependencia y solicitar su autorización.

Artículo N° 186: El médico que ejerce en un centro asistencial, puede tener acceso al Archivo de Historias Clínicas de la institución con fines de estudio o de investigación. En el informe, presentación o publicación de su trabajo debe mencionar el servicio a que corresponde, el nombre del médico y jefe responsable. Cuando la documentación pertenece a otro centro asistencial debe solicitar previamente la autorización escrita de la Dirección y del jefe del Departamento o Servicio a quienes pertenece la propiedad intelectual.

Capítulo Tercero: “De las Publicaciones Científicas”

Artículo N° 195: Todo médico está en la obligación de comunicar y discutir sus experiencias, el producto de su investigación y en general su producción científica, dentro del ambiente de las instituciones médicas que corresponden a su campo de acción y de solicitar la publicación de sus trabajos en los órganos informativos de carácter médico.

Toda discrepancia debe ser discutida en estos ambientes, evitando que su difusión al público pueda provocar errores de interpretación, confusión de ideas, desconfianza sobre determinados regímenes o alarma no justificada sobre difusión de enfermedades o empleo de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos.

Capítulo Cuarto : “De la Investigación en los Seres Humanos y en los animales”

Artículo N° 204: La investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos, y no debe realizarse si no está precedida de suficientes pruebas de laboratorio y del correspondiente ensayo en animales de experimentación. La investigación clínica es permisible cuando es realizada y supervisada por personas científicamente calificadas y sólo puede efectuarse cuando la importancia del objetivo guarda proporción con los riesgos a los cuales sea expuesta la persona.

Artículo N° 205: El médico responsable de la investigación clínica debe tomar precauciones especiales cuando la personalidad del sujeto pueda alterarse por el empleo de drogas o por cualquier otro factor implícito en la experimentación.

Artículo N° 207: El sujeto debe hallarse bien informado de la finalidad del experimento y de sus riesgos y dar su libre consentimiento. En caso de incapacidad legal o física el consentimiento debe obtenerse por escrito del representante ilegal del paciente y a falta de éste, de su familiar más cercano.

Artículo N° 208: Sólo cuando involucra valor terapéutico para el paciente es válida la utilización del método que, simultáneamente, implique investigación clínica y procedimiento terapéutico con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos.

Capítulo Quinto : “Del Transplante de Órganos”

Artículo N° 236: Es imprescindible discutir todos los pormenores envueltos con el donante, el receptor y los familiares responsables. El médico debe ser eminentemente objetivo en esta discusión, revelando claramente los beneficios y los riesgos implicados.

TITULO VI : Capítulo Primero : “De las Normas Disciplinarias”

Artículo N° 242: Constituye infracción del Código de Ética y será sancionado conforme a las normas disciplinarias del mismo, sin perjuicio de las sanciones señaladas en la Ley de Ejercicio de la Medicina:

1) La persona que ejerza la medicina con un título de médico expedido por una Universidad extranjera, no revalidado en Venezuela o no registrado en la forma establecida por los títulos, provenientes de países con los cuales existen tratados internacionales sobre la materia, para los títulos.

2) Todo médico con título legal no matriculado en el Colegio de Médicos de la Jurisdicción donde ejerce habitualmente ⁽⁹⁾.

LEY DE TRANSFUSION Y BANCOS DE SANGRE ⁽⁸⁰⁾

CAPITULO VI : “De la Transfusión” : Artículo 19.- La transfusión de sangre humana y de sus componentes o derivados, con fines terapéuticos, constituye un acto de ejercicio de la medicina.

Artículo 20.- La transfusión se aplicará bajo la responsabilidad del médico quien deberá vigilar al paciente el tiempo necesario y suficiente para prestar su oportuna asistencia en caso de que se produzcan reacciones que así lo requieran, y será responsable por las consecuencias patológicas que puedan desarrollarse posteriormente en el paciente, derivados de la transfusión y que sean causadas por su omisión, impericia o negligencia.

SANCIONES MÉDICAS EN EL NO CUMPLIMIENTO DEL DEBER

Los deberes y obligaciones del médico están claramente especificados en las leyes que rigen el Ejercicio de la Medicina ⁽⁸⁾ y el Código de Deontología Médica. En los casos en que se sospeche o haya indicios de que hubo o pudo haber una mala conducta podrá el paciente, sus familiares, la institución o bien el Estado venezolano a través del Ministerio Público (de oficio), iniciar contra el profesional médico las acciones legales pertinentes o juicio de responsabilidad.

El Artículo 4 de los Tribunales Disciplinarios de la FMV y de los Colegios Médicos de la República de 1993 enuncia las funciones de los tribunales disciplinarios como los únicos órganos creados por la Ley del Ejercicio de la

Medicina para juzgar la actividad de los médicos relacionada con su ejercicio profesional y aplicarles sanciones disciplinarias a que se hagan acreedores por violar lo establecido en esa Ley, en el colegio de Deontología Médica y en el Estatuto, Reglamentos y Resoluciones dictadas por los órganos correspondientes de la Federación Médica Venezolana y de los Colegios Médicos de la República.

Los tribunales disciplinarios también estarán obligados a vigilar y supervisar el estricto cumplimiento por parte de los médicos de las anteriores normas, a fin de que su ejercicio profesional esté enmarcado dentro de lo dispuesto por la Ley del Ejercicio de la Medicina, el Código de Deontología Médica y demás disposiciones que rigen la materia ⁽⁸¹⁾.

Desde el punto de vista jurídico se define la responsabilidad como: La «obligación» que tiene toda persona que ejerce el arte de curar, de responder ante la Justicia por los daños que causare en el ejercicio de su profesión ⁽⁸²⁾.

Se le puede exigir responsabilidad al médico desde diversas instancias:

1. Civil: La instancia es privada y se persigue la reparación del daño. Implica un resarcimiento de tipo económico. Afecta a personas e Instituciones. Se debe probar el daño y la relación de causalidad entre la conducta médica y la producción del mismo.

2. Penal: La instancia es pública y se persigue la sanción social con reclusión, prisión o inhabilitación para que no constituya un peligro o amenaza. Afecta únicamente a personas, se debe probar si el profesional infringió lo dispuesto en el Código Penal. En otras palabras si cometió: Impericia, Imprudencia o Negligencia.

3. Administrativo: Persigue la sanción del profesional de acuerdo a una normativa o reglamento interno. La pena puede ser amonestación, inhabilitación o despido.

La responsabilidad tanto de índole Civil como Penal para los profesionales de la salud requiere de un acto o comportamiento antijurídico, que vulnere o quebrante obligaciones o deberes. La imputabilidad del hecho debe considerar la capacidad de discernimiento del médico y la previsibilidad del acto.

En la justa valoración de la «culpa médica» debe examinarse con extremo cuidado el ejercicio de tal actividad con la falta de prudencia, atención, diligencia, minuciosidad necesaria y no desde el punto de vista del conocimiento o habilidad que el profesional de la medicina pueda tener ⁽⁸²⁾.

De los elementos expuestos anteriormente el error puede ser excusable y no genera culpa, esta excusabilidad se valora de acuerdo con la previsión que se tomó durante el acto médico, sin embargo el ocultamiento de la identificación de quien elabora la referencia introduce el elemento jurídico del dolo o intencionalidad, que pudiese acarrear sanciones penales ⁽⁸²⁾.

" Los médicos luchamos contra la enfermedad y la muerte. Pero eso no basta. La salud de los pueblos no puede rehacerse con medidas terapéuticas, ni aun con la profilaxis que nace de nuestros laboratorios. Hay que ir más lejos. Hay que crear la ciencia social. La Medicina Social" .

Bengoa, 1942

9.- PERSPECTIVA POLÍTICA

POLÍTICAS DE SALUD EN LA VENEZUELA ACTUAL

Las políticas de salud constituyen un tópico de creciente preocupación e importancia, especialmente en el contexto de los países en vías de desarrollo. Las nuevas exigencias relacionadas con la garantía de servicios de cobertura y calidad y con los principios bioéticos de justicia distributiva se han sumado a los profundos cambios epidemiológicos, demográficos y tecnológicos. Esto es especialmente crítico en países como Venezuela que carecen de reformas sustantivas del financiamiento, organización y prestación de servicios sociales de salud ⁽⁸³⁾.

La medicina social: Del medio rural venezolano a los sistemas de salud

En octubre de 1940 se publicó por primera vez, en la Revista de Sanidad y Asistencia Social, un trabajo que se ha convertido en un clásico de las políticas de salud, tanto en Venezuela como en el contexto internacional. El trabajo fue intitulado "Medicina Social en el medio rural venezolano". Su autor, José María Bengoa, presentó en esta publicación una síntesis de su experiencia como médico rural en Sanare, en la Venezuela que recién se abría a la modernización política e institucional ⁽⁸³⁾.

El trabajo combinó adecuadamente la valoración personal y vivencial de las circunstancias del ejercicio de la medicina en el medio rural de la época, con una reflexión profunda sobre la epistemología de la salud pública. Bengoa quiso ver más allá de la propia experiencia. Quiso vincular su praxis con las implicaciones para la salud pública, y especialmente para la administración sanitaria, y de manera visionaria, para los que décadas más tarde se conocerá como políticas de salud. Quiso evitar toda impresión transitoria. Reto difícil, afortunadamente logrado ⁽⁸³⁾.

La Medicina Social, entonces, es una forma inicial de aproximarse a la multidimensionalidad de la salud. Si contemplamos lo reciente e incompleto de la aplicación de la visión multicausal en las esferas de la salud pública, apreciaremos con más nitidez el extraordinario aporte de Bengoa ⁽⁸³⁾.

El desarrollo de los sistemas de salud de la segunda mitad del siglo XX es un avance permanente en la búsqueda y manejo de la complejidad. Es absolutamente llamativo que una de las interpretaciones iniciales de esta complejidad se haya realizado en una población rural de la Venezuela de los cuarenta ⁽⁸³⁾.

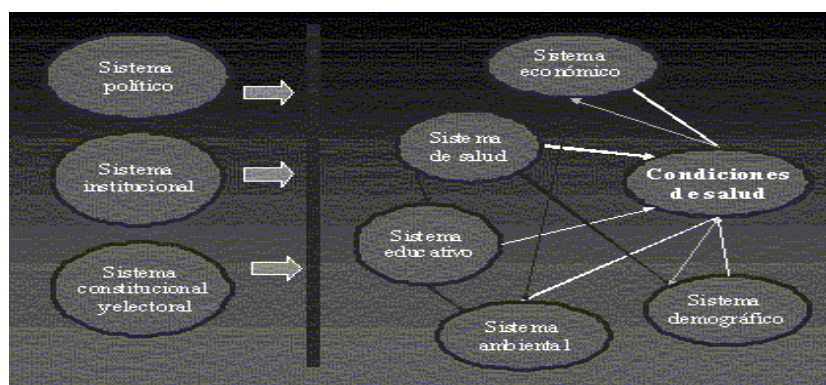
Esos factores que Bengoa incluyó en la primera parte de su trabajo los hemos denominado "sistemas de políticas" ⁽⁸³⁾, justamente para señalar que en esos espacios de la vida social se define, implementan y evalúan políticas públicas.

Cada uno de estos sistemas de políticas afectan las condiciones de salud, que es otra manera de indicar las variables dependientes en políticas de salud. Las intervenciones que realizamos, sea en forma de programas específicos, políticas, deben ir dirigidas a mejorar las condiciones de salud, expresadas, obviamente, en contextos que son multi-sistémicos.

El desarrollo de los sistemas de salud de la segunda mitad del siglo XX es un avance permanente en la búsqueda y manejo de la complejidad. Es absolutamente llamativo que una de las interpretaciones iniciales de esta complejidad se haya realizado en una población rural de la Venezuela de los cuarenta . Esos factores que Bengoa incluyó en la primera parte de su trabajo los hemos denominado "sistemas de políticas" ⁽⁸³⁾, justamente para señalar que en esos espacios de la vida social se define, implementan y evalúan políticas públicas.

Imagen 7

Título: *Esquema del Sistema de Políticas Venezolano*



Fuente: Bengoa ⁽⁸³⁾

Situación actual de los sistemas de política que afectan la salud en Venezuela

Es poco probable que las condiciones de salud puedan mejorar en un país si los factores que la afectan (muchos de ellos fuera del sistema de salud), no están ejerciendo su rol sinérgico. En la Venezuela de la actualidad los sistemas de política denominados generales presentan limitaciones significativas. En el caso del marco constitucional, si bien es cierto que la Constitución de 1999 ⁽⁷⁾ ofrece nuevas pautas para la definición de políticas públicas, no es menos cierto que muchas de sus disposiciones tienen una baja viabilidad política y financiera.

Por otra parte, la puesta al día de la legislación de acuerdo con la Constitución de 1999 tiene atrasos significativos. Por ejemplo, la Ley de Salud y del Sistema Público de Salud no ha sido aprobada luego de casi seis años de la aprobación del texto constitucional.

En lo relacionado con el sistema político existen signos evidentes de deterioro de la capacidad de articulación de consensos entre los actores, así como signos preocupantes de reaparición de tendencias autoritarias y centralizadoras. El sistema electoral, por su parte, no es aceptado por muchos de los participantes como un árbitro legítimo, transparente e imparcial. En tales circunstancias es difícil garantizar condiciones mínimas para la institucionalidad, sea ésta política o administrativa. En líneas generales, existe una disminución significativa de la gobernabilidad ⁽⁸⁴⁾.

La evolución de la pobreza total en Venezuela ha marchado prácticamente en paralelo con la disminución, en términos proporcionales, de los empleos productivos. En efecto, de acuerdo con cifras de la CEPAL ⁽⁸⁵⁾, Venezuela ha experimentado un aumento de casi veinte puntos en el porcentaje de la población económicamente activa que se desempeña en empleos de baja productividad.

Las condiciones de pobreza y el deterioro de la calidad del empleo están también relacionadas con el bajo desempeño del sistema educativo: de cada 100 niños que entraron al primer grado de básica (en el año 1991-1992), solamente 16,8 lograron alcanzar el quinto año de bachillerato en el 2001-2002 ⁽⁸⁵⁾.

A las limitaciones anteriores, se suma la cobertura incompleta de servicios básicos. Un ejemplo de ello es lo siguiente: menos de tres cuartas parte de la población es la que tiene acceso a servicios de cloacas. Esta cifra es indicativa de los efectos de la desinversión pública que ha caracterizado las dos últimas décadas en el país.

Por todo lo anterior, es claro que no existen las condiciones óptimas en las cuales la salud de los venezolanos esté beneficiada por los avances en las áreas institucionales, económicas, políticas, y sociales. No es de extrañar entonces, tal como lo analizaremos en la próxima sección, que las condiciones de salud no sean las más adecuadas para las posibilidades del país ⁽⁸⁵⁾.

No hay nada más urgente en la atención que debe prestar un sistema de salud, que garantizar la cobertura y calidad de los servicios a las personas por aquellas causas de enfermedad o mortalidad. Esto es especialmente crítico cuando las personas enfermas son pobres o están desprovistas de los más elementales medios para la subsistencia. En esas condiciones la enfermedad siempre será más urgente. Enfermedades y muertes asociadas con la pobreza: En este grupo se encuentra el conjunto de causas de enfermedad y muerte en las cuales la pobreza es un factor condicionante y muchas veces desencadenante ⁽⁸⁵⁾.

En este particular la actuación del sistema de salud de Venezuela es deficiente especialmente si se compara con el resto de los países de América Latina y el Caribe. En el caso de la tasa de mortalidad infantil se ha experimentado un aumento de 5% entre los años 2001 y 2003, colocándose en 18,49 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos registrados (nvr). Esta última cifra es la más alta desde 1999. En números absolutos en el año 2003 ocurrieron 1.327 muertes infantiles más que en el año precedente. En el caso de la tasa de mortalidad postneonatal el aumento entre 2001 y 2003 alcanzó un 16% (de 6,25 muertes por 1000 nacidos vivos registrados a 7,26). Las condiciones de pobreza y el deterioro de la calidad del empleo están relacionadas con el bajo desempeño del sistema educativo: de cada 100 niños que entraron al primer grado de educación básica (año escolar 1991-92), solamente 16,8 lograron alcanzar el quinto año de bachillerato en el año lectivo 2001-02 ⁽⁸⁵⁾.

Mejorar las políticas de salud, para que atiendan lo urgente y también lo importante, requiere colocar en el centro de las preocupaciones la salud de los ciudadanos. Solamente así será posible superar, de manera sostenible, los bajos niveles de desempeño que hoy presenta el sistema de salud. Queda también de parte de las múltiples instancias de la sociedad (organizaciones sociales, universidades, centros académicos, gobiernos subnacionales y municipales, asociaciones privadas, entre otras), participar activamente en la búsqueda de soluciones y nuevos caminos. El sistema de salud lo demanda con urgencia e importancia ⁽⁸⁶⁾.

MISIÓN BARRIO ADENTRO

Desde **1998** comienza en Venezuela un proceso de cambio revolucionario, profundamente participativo, democrático y libertario. En el caso de la salud ha sido un proceso difícil por la recuperación de los hospitales, la erradicación de la corrupción, el redimensionamiento de los equipos sanitaristas, entre otros.... “las políticas de salud no las establecen aquellos que nos formamos técnicamente para su ejecución, sino las direcciones políticas que tienen los países o las sociedades” ⁽⁸⁷⁾.

Con el nacimiento de Barrio Adentro se trató construir una política de atención primaria, entendida de manera más integral y participativa ⁽⁸⁷⁾.

Esta nueva concepción de la salud hace énfasis en el papel que el médico y los equipos de salud deben jugar con relación al componente preventivo, ambiental y de agente transformador de la realidad socioeconómica del individuo y su comunidad. Esto no ha sido ni será tarea fácil ya que la nueva manera de concebir el trabajo de los equipos de salud, pasa por la necesidad de que éstos vivan en las comunidades más excluidas y dolorosamente debemos reconocer que nuestros médicos no han recibido los instrumentos para ejercer esas prácticas y culturalmente no están preparados para esto. Situación que confiamos se irá revirtiendo progresivamente, permitiendo que en poco tiempo, las nuevas generaciones de médicos se vayan incorporando. Todas estas transformaciones pasan por una redefinición integral y por el fortalecimiento de las políticas a nivel preventivo y ambiental en el marco de la Ley de Seguridad Social ⁽⁸⁷⁾.

10.- PERSPECTIVA ACTUAL

Hoy en día, todos convergemos en considerar que la ciencia y la técnica no son algo moralmente neutro, sino que, como actividades dependientes de la libertad humana, exigen de los científicos y de sus gestores políticos una responsabilidad ética. La ciencia y la técnica sin la ética corren el grave riesgo de llevar al hombre a donde no quiere ir. Hoy más que nunca no debemos olvidar que el sentido último del trabajo científico es el servicio al hombre y a la humanidad en comunión con el ambiente, y que la justificación de toda transformación operada a través de la tecnociencia está en función de ese fin ⁽⁶⁸⁾.

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

En Octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprobó por aclamación la DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS. Por primera vez en la historia de la Bioética, los Estados Miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto ^(88,46).

Al abordar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano, la Declaración, como se infiere del propio título, fundamenta los principios en ella consagrados en las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Por el hecho de inscribir la bioética en los derechos humanos internacionales y de garantizar el respeto por la vida de las personas, la Declaración reconoce la interrelación existente entre la ética y los derechos humanos en el terreno concreto de la bioética ⁽⁴⁶⁾.

CIRUGÍA GENERAL: ¿EN VÍAS DE EXTINCIÓN?

En los últimos años ha surgido otra fracción de la cirugía nacida de un procedimiento técnico: la cirugía laparoscópica. No me explico, ni jamás me explicaré, cómo un cirujano se dice laparoscopista y no práctica la cirugía general, simplemente por no poseer suficiente preparación en la misma ⁽⁸⁹⁾.

Este es un fenómeno que comienza apenas a nacer en este momento, pero que crecerá el día de mañana y que si no se le pone remedio se va a convertir en un grave problema. La cirugía laparoscópica constituye, que duda cabe, una gran aportación de la cirugía de fines de nuestro siglo, gracias a ella cortamos y unimos estructuras sin tocarlas ⁽⁸⁹⁾.

Por más que ello está en sus comienzos, no vamos a tardar en ver al cirujano como un experto en computación, sentado confortablemente ante instrumentos multifuncionales colocados previamente en el cuerpo del paciente manipulados a distancia y ni siquiera por él, sino por una computadora que a su vez guíe un robot y ambos realicen la operación del enfermo. Yo como los cirujanos de mi tiempo, disfruto operar y esta cirugía que ha perdido la sensualidad que despertó mi vocación, no es para mi persona, ni tampoco me gustaría enseñarsela a otros. Siempre repito en quirófano el *dictum* del cirujano alemán Kirschner: "No olviden que es el cirujano y no la operación lo que va a salvar la vida al paciente" ⁽⁸⁹⁾.

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

“Grandes decisiones, grandes cirujanos”, reflexión del padre del Dr. Santiago Horgan que le han servido a su hijo para realizar importantes aportes a la cirugía laparoscópica, técnica quirúrgica que se practica a través de pequeñas incisiones, usando la asistencia de una cámara de video que permite al equipo médico ver el campo quirúrgico dentro del paciente y accionar en el mismo ⁽⁹⁰⁾.

La reflexión sirvió de base en el inicio de la conferencia dictada por este eminente cirujano, docente de la Universidad de California en San Diego, jefe del Departamento de Cirugía Mínimamente Invasiva y expositor del Colegio de Cirujano Americano, en el marco del XXX Congreso Venezolano de Cirugía titulada “Nuevas Tecnologías. Nuevos Instrumentos”.

El Doctor Horgan, en su intervención, señaló que la cirugía NOTES es una cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales, el término engloba a una gama de procedimientos endoscópico-quirúrgicos que tienen el potencial de ser menos invasivos que la cirugía laparoscópica ⁽⁹⁰⁾.

La calidad de una ocupación no se mide solamente por su adecuación al Derecho –que es un mínimo irrenunciable en el marco de un Estado democrático y de Derecho- sino por la riqueza moral de su práctica.

Lorda, 1999.

PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA: UNA PARADOJA MORAL REFLEXIONES PROPIAS SOBRE EL EJERCICIO QUIRÚRGICO ACTUAL

Según Jonson ⁽²⁴⁾, la práctica de la medicina moderna, crea una paradoja consistente, por una parte en el interés propio del médico de mantener el monopolio del ejercicio privado de su profesión con el cobro de honorarios como retribución material y, por otra, en el compromiso social de altruismo, la obligación de ejercer para beneficio del prójimo.

Con frecuencia se produce conflicto, por ejemplo cuando el profesional se opone a los programas de “socialización” de la medicina que gobernantes y legisladores tratan de imponer para hacer más asequibles los servicios médicos, algo que tiene evidentemente un propósito social pero que puede resultar opuesto al interés propio del profesional. En tal contexto se ejerce la cirugía, campo en el cual aparecen conflictos derivados de la obligación de sacrificio en pro del bien comunitario. Otro conflicto surge del enfrentamiento que se presenta cuando el cirujano trata de cumplir el imperativo hipocrático de hacer lo mejor por su paciente, frente al mandato burocrático de la creciente institucionalización del ejercicio médico que se caracteriza por un enfoque eminentemente económico ⁽⁵²⁾. Por ello la práctica médica y -quirúrgica en particular- está involucrada en una profunda, y realmente creciente, paradoja moral, una paradoja moral que no tiene tanta significación ni magnitud en ninguna otra institución social ⁽²⁴⁾.

Los cirujanos se enfrentan a nuevos problemas éticos. Desarrollos tales como la ingeniería genética, los soportes para la prolongación artificial de la vida, la legalización del aborto, la investigación en sujetos humanos, la eutanasia, los trasplantes de órganos y tejidos, la asociación profesional y la actividad gremial, la contratación de servicios con innegable beneficio económico para terceros, la definición de “turnos” de trabajo, son perspectivas novedosas que plantean una nueva ética ⁽⁴⁸⁾.

Imagen 8

Título: *Problemas Éticos en Cirugía.*



Fuente: <http://www.123rf.com/similar-images/8180380>

Lo anterior significa nuevas situaciones y escenarios, unos de orden puramente biológico/tecnológico, otros de orden moral. Pero ahí no está el problema: el problema reside en un trasfondo más profundo, que no es otro que la comprensión y adaptación de los principios éticos primarios, que son los que rigen en todo momento y en toda condición el comportamiento del médico, a tales situaciones y escenarios ⁽⁴⁸⁾.

Otro trabajo de investigación de valor incalculable es el realizado por los Dres. Fernando Guzmán Toro, especialista en Cirugía General y de Tórax, Adjunto del Hospital Universitario de Maracaibo, Licenciado en Filosofía, Profesor de Ética Médica y Miembro Activo de la Sociedad Venezolana de Cirugía y Yusbelis A. Guerrero H. Médico Cirujano egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia ⁽⁹¹⁾.

La Responsabilidad Profesional en Cirugía y sus Implicaciones Médico-Legales ⁽⁹¹⁾ es el título de la obra publicada en la Revista Venezolana de Cirugía en Septiembre del año 2006, cuyos autores, los Dres. Fernando Guzmán Toro y Yusbelis A. Guerrero Hernández plasmaron la preocupación del aumento de las demandas a los cirujanos haciendo un recuento de las posibles causas que promuevan este hecho. Esas situaciones conflictivas que pueden dar lugar a los errores en el ejercicio quirúrgico se describen a continuación como fueron expuestos en su trabajo original:

- 1.- La apatía y la distracción del equipo quirúrgico.
- 2.- Situaciones de estrés y problemas personales.
- 3.- Uso de celulares en quirófano.
- 4.- Utilización de prendas en quirófano.
- 5.- Guardias de disponibilidad.

De los excesos estudiados en el ambiente quirúrgico se derivaron varias premisas:

Primera Premisa: “El cirujano debe prestar atención a las quejas del paciente”.

Segunda Premisa: “El cirujano no debe minimizar la cirugía a realizar, suministrando una adecuada información acerca de los riesgos al paciente y sus familiares”

Tercera Premisa: “El cirujano debe estar en las condiciones psicológicas y físicas idóneas para realizar cualquier procedimiento quirúrgico”.

Cuarta Premisa: “Es importante que cirujano y ayudantes revisen la cavidad abdominal antes de cerrar, independientemente que la enfermera instrumentista informe que la cuenta está completa, procediéndose a realizar la nota correspondiente en la historia.

Quinta Premisa: “El residente debe evitar realizar intervenciones quirúrgicas en ausencia del especialista responsable” ⁽⁹¹⁾.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS DEL CIRUJANO

El Dr. Cardenal, de Barcelona, se expresa así, en el prólogo á la técnica de Kocher; "Ese es el modelo del cirujano cuyo verdadero tipo personifica el Dr. Kocher: frío, tranquilo, imperturbable é impasible en todo lo que se refiere a su propia personalidad; caliente (si se me permite la expresión), siempre alerta en todo cuanto se refiere al fin próximo y futuro de la operación y del paciente" ⁽⁵⁷⁾.

Todos los que han presenciado operaciones en Europa, han tenido ocasión de ver la calma majestuosa de los grandes cirujanos: como Doyen, Legreu, Treves, etc., cuando operan con ayudantes ya habituados a sus operaciones y muy competentes; á la vivacidad de los mismos cirujanos y el tono breve y conciso (napoleónico) como hacen ejecutar sus órdenes, cuando operan de urgencia con ayudantes ignorantes de los hábitos quirúrgicos, que después de purificados tocan objetos infectados y cometen mil disparates que comprometen la vida del paciente.

Estas personas son irresponsables, porque no saben lo que hacen, pero el cirujano que lo ve y no lo reprocha y remedia, es CRIMINAL ⁽⁵⁷⁾.

Como toda afección médica puede en una de sus fases, necesitar el auxilio de la Cirugía, el médico honrado y sabio debe llamar inmediatamente un cirujano idóneo, é ilustrado sobre las primeras fases de la enfermedad.

Al cirujano toca decidir de la oportunidad de la intervención. La reunión del médico y del cirujano es tanto más favorable al enfermo, cuanto que cada uno se contenta con desempeñar su misión sin extralimitarse en lo que no entiende y esto sin que aún, el más ilustrado y sabio tenga que ruborizarse ⁽⁵⁷⁾.

Si se evoca el principio *Primum Non Nocere* (del latín: “primero no hacer daño”), estamos apegados a salvarle la vida al paciente más nos convertimos en homicidas pasivos en reconocimiento de que potencialmente esta experiencia no produzca en ese paciente un cambio de actitud ante la vida, sino el encuentro con rencores y complejos más nocivos para el bienestar de quienes le rodean. El juramento hipocrático ya tiene incorporado un elemento de calidad, el cual marca el imperativo ético que gobierna el ejercicio de la profesión, hoy sujeto a influencias socioeconómicas que crean nuevos dilemas y conflictos que no había enfrentado en el pasado. Por ello todo profesional idóneo se esfuerza por mantener óptimos estándares de calidad en su práctica profesional ⁽⁵⁷⁾.

DILEMAS BIOÉTICOS-QUIRÚRGICOS

Las controversias en cirugía del ámbito ético a considerar en el desarrollo de este trabajo de investigación son las siguientes:

- 1.- Superpoblación y distribución equitativa de insumos.
- 2.- Hacinamiento y el derecho de confidencialidad médica.
- 3.- La investigación en pacientes quirúrgicos: Declaración de Helsinki ^(49,91).
- 4.- La cirugía innecesaria en la duda diagnóstica por carencia de métodos diagnósticos.
- 5.- Justicia formal y asignación de turnos quirúrgicos.
- 6.- Cirugías abiertas vs. Cirugías de mínima invasión ante la carencia de tecnología de punta en el sector público de salud.
- 7.- Atención del paciente violento.
- 8.- Derecho a la información y consentimiento informado.
- 9.- Jornadas laborales extenuantes y bajo rendimiento técnico e intelectual.
- 10.- Desmotivación profesional.
- 11.- Relación del equipo de salud con sus pares y figuras de autoridad en el medio ambiente laboral.

ESCENARIO III

UNA INVITACIÓN AL ATREVIMIENTO METODOLÓGICO

PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA

El fundamento epistemológico de la presente investigación es la complejidad. La epistemología, (del griego, *episteme*, 'conocimiento'; *logos*, 'teoría') es la rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean la teoría del conocimiento. La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, los criterios, los tipos de conocimiento posible y el grado con el que cada uno resulta cierto; así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido ⁽⁹²⁾.

Infograma 1

Abordajes Epistemológicos

Enfoque	Fundamento Epistemológico	Fin último	Paradigma relacionado
Empírico-analítico	Positivismo lógico	Explicación-control	Cuantitativo
Fenomenológico-hermenéutico	Fenomenología	Comprensión	Cualitativo
Crítico-dialéctico	Teoría crítica	Transformación-cambio	Cualitativo
Complejo-dialógico	Complejidad	Construcción	Momentos cuantitativos y cualitativos

Fuente: Leal, 2011.

No hace falta creer que la cuestión de la complejidad se plantea solamente hoy día, a partir de nuevos desarrollos científicos. Hace falta ver la complejidad allí donde ella parece estar, por lo general, ausente, como, por ejemplo, en la vida cotidiana.

Edgar Morin, 2003

LA COMPLEJIDAD COMO MATRÍZ EPISTÉMICA

El abordaje de la temática de estudio desde la Complejidad asume un desafío con lo no lineal y la incertidumbre. En el positivismo, pareciera dominar el hemisferio izquierdo en el sentido fisiológico y psicológico estricto, es decir, como hemisferio consciente realiza funciones que requieren un pensamiento analítico, causal y elemental. El hemisferio derecho por su parte es inconsciente, intuitivo, metafórico, filosófico e integral.

Desarrollar el presente trabajo de investigación desde el positivismo lógico con los conceptos que a este enfoque le acompañan, me resultaría cómodo, ya que, estamos adoctrinados a trabajar bajo la perspectiva de la cosificación del sujeto desde que ingresamos a la carrera de medicina. Sin embargo, asumo este reto de romper el esquema y realizar un trabajo que inicialmente se plasmó bajo el enfoque fenomenológico-hermenéutico con la finalidad de comprender el problema estudio y que gira al enfoque complejo-dialógico, abarcando así momentos cuantitativos y cualitativos.

En un escenario tan complejo como el ejercicio quirúrgico actual en el sector público de salud, donde el desarrollo del mismo no depende de sus actores principales sino de la interacción de estos con un entorno, un sistema y un ambiente laboral, el abordaje del mismo como temática de estudio compleja debe estar guiado de igual manera, por un paradigma complejo.

En toda problemática a estudiar donde intervengan elementos del orden humano, social, relacional, material, organizacional, gerencial e incluso emocional, el estudio puede estar guiado por el pensamiento complejo. Tomando una cita textual de Morín sobre la Complejidad se resume lo antes expuesto: “Se justifica la necesidad de un pensamiento complejo que distinga sin mutilar y que asocie sin confundir, que sea respetuoso de la ecología de la acción, la cual depende no solamente de las intenciones del actor, sino también de las condiciones propias del medio en que éste se despliega”⁽⁹³⁾.

En el campo de la salud perteneciente a las llamadas ciencias duras, la dominancia del hemisferio izquierdo es la norma. En el ejercicio quirúrgico actual, el abordaje del paciente, la evaluación de signos y síntomas, el examen físico, el diagnóstico de patologías quirúrgicas, la intervención quirúrgica y el manejo postoperatorio parecieran no estar asociados a lo intuitivo, metafórico, filosófico e integral del hemisferio derecho sino a lo analítico, cierto y causal que determina el hemisferio izquierdo.

La propuesta metodológica de este trabajo de tesis doctoral es una invitación a repensar y comprender el ejercicio quirúrgico actual desde los dos hemisferios, donde se involucren el pensamiento analítico y metafórico, abstracto y filosófico, reduccionista y totalitario, casual y causal. El paradigma complejo en el marco del ejercicio de la Cirugía General en el sector público de salud venezolano ofrece una visión reflexiva, filosófica y holística de todos y cada uno de los participantes que la integran (cirujanos generales, residentes de postgrado de cirugía general, enfermeros adscritos al servicio de cirugía general y pacientes quirúrgicos) y de sus elementos integradores (recursos, infraestructuras, insumos, orden jerárquico, jornadas laborales, remuneración, entre otros).

La Complejidad parte de una concepción de la realidad indeterminada, donde el desorden es creador, donde la simetría se ha roto, donde los efectos son fértiles, donde los desequilibrios son permanentes, donde las causas y los efectos presentan relaciones complicadas; está presente la no linealidad ^(92,94).

El sujeto investigador enmarcado dentro de esta matriz epistémica, se coloca en el centro del proceso productivo del conocimiento y reconoce lo inacabado e incompleto del mismo, por tal razón busca dialogar con la realidad, más que simplificarla y absorberla ⁽⁹⁴⁾.

Este proceso se acoge a la lógica configuracional para la cual no hay reglas a *priori* que se puedan seguir, ya que el investigador es un sujeto activo donde involucra sus complejos procesos intelectuales comprometido con el desarrollo del conocimiento sobre la subjetividad ^(92,94,95).

PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE LA COMPLEJIDAD

La complejidad constituye una referencia en el mundo del conocimiento, puesto que se trata de un término que se infiltra en las intimidades de la existencia misma del ser humano, en su interacción con múltiples niveles de realidades, al designar un holomundo que desafía la capacidad del cerebro humano para entender más allá de lo simple, lo parcial, lo lineal y la certeza y apostar por lo indeterminado, la multiversidad y la incertidumbre ⁽⁹⁶⁾.

TEORÍA FUNDAMENTADA DE CORBIN Y STRAUSS

La teoría fundamentada de Corbin y Strauss es un método de investigación cualitativa donde el proceso de teorización deriva de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí ⁽⁹⁷⁾.

Existen tres componentes básicos en toda investigación cualitativa. Primero, están los datos, que pueden provenir de diferentes fuentes, tales como entrevistas, observaciones, documentos, registros y películas. Segundo, están los procedimientos que los investigadores pueden usar para interpretar y organizar los datos. Entre estos se encuentran: conceptualizar y reducir los datos, elaborar categorías en términos de sus propiedades y dimensiones, y relacionarlos, por medio de una serie de oraciones proposicionales. Al hecho de conceptualizar, reducir, elaborar y relacionar los datos se le suele denominar codificar. Otros procedimientos, entre los que se incluye el muestreo no estadístico, escribir memorandos y diagramar son parte del proceso analítico. El tercer componente lo constituyen los informes escritos y verbales y pueden presentarse como artículos en revistas científicas, en charlas (por ejemplo en congresos), o como libros ^(97,98).

Elementos de la Teoría Fundamentada: tres elementos básicos de la teoría fundamentada son: los conceptos, las categorías y las proposiciones. Los conceptos constituyen la unidad básica del análisis, ya que es desde la conceptualización de los datos, y no de los datos en sí, que se desarrolla la teoría. El segundo elemento son las categorías definidas como un nivel más alto que los conceptos y generadas a través del mismo proceso analítico de hacer comparación a la luz de las similitudes que se utilizan en la construcción de conceptos. Las categorías son la piedra angular para el desarrollo de las teorías ^(98,99).

El tercer elemento de la Teoría Fundamentada son las proposiciones, las cuales nos indican una relación generalizada entre una teoría y sus conceptos, y entre categorías discretas. Este tercer elemento fue originalmente definido por Glasser y Strauss como “hipótesis”^(99,100).

CONCEPTOS QUE GUÍAN LA INVESTIGACIÓN

Los Conceptos que guían mi investigación son los Siguietes:

1.- Mirada Filosófica:

Actitud profundamente reflexiva sobre los conceptos del saber y el obrar (Kant).Esfuerzo del pensamiento humano por lograr una concepción del universo mediante la autorreflexión de sus funciones⁽¹⁰¹⁾.

Pensamiento reflexivo sobre el ejercicio quirúrgico actual y los factores que intervienen (Cirujanos, pacientes quirúrgicos, ambiente quirúrgico, necesidades sentidas, preceptos bioéticos, caos hospitalorio) que relacionan o contextualizan los dilemas bioéticos quirúrgicos actuales, estos últimos centro de la investigación en el sector público de salud venezolano.

2.- Horizonte Bioético:

Enfoque de las virtudes del cirujano desde los grandes principios bioéticos: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia evaluados a la luz de 10 de los Dilemas Bioéticos más sentidos en el ejercicio quirúrgico actual:

- 1.- Consentimiento Informado.
- 2.- Violación del Derecho de Confidencialidad del paciente quirúrgico.
- 3.- Morir con dignidad: Enfoque bioético del enfermo quirúrgico terminal.
- 4.- Cirugías practicadas en pacientes mal estudiados.
- 5.- Manejo quirúrgico de pacientes testigos de Jehová.
- 6.- La culpa y la responsabilidad en cirugía.
- 7.- Manejo del paciente violento en cirugía.
- 8.- La investigación en pacientes quirúrgicos: Declaración de Helsinki ⁽¹⁰²⁾.
- 9.- Bioética y Cirugías mutilantes.
- 10.- Justicia Distributiva y paciente quirúrgico en tiempos de sobrepoblación.

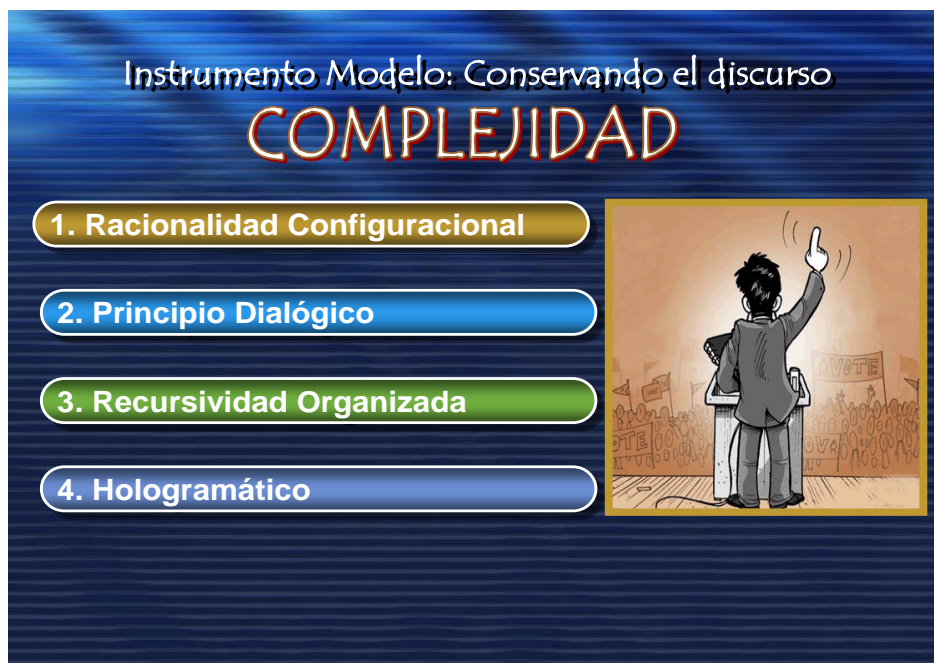
3.- Laberinto Quirúrgico:

Escenario en el cual se desarrolla el ejercicio quirúrgico actual, en el que se considera el orden: atención médica, juicio quirúrgico, manejo postoperatorio, apego a los principios bioéticos, información al paciente y los familiares, visión holística del enfermo y el caos (paciente violento, carencia de recursos intrahospitalarios, hacinamiento, deuda quirúrgica inacabada, hostigamiento interpersonal, persecuciones, agotamiento físico extremo).

Características de la Complejidad:

- Una forma de dialogar con la realidad, más que de simplificarla y absorberla en su totalidad.
- El conocimiento completo es imposible.
- Tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcializado, no dividido, no reduccionista.
- El reconocimiento de lo inacabado e incompleto del conocimiento.
- Descansa en tres principios: el principio dialógico, recursividad organizada y hologramático.
- Se aboga por el reencuentro entre humanismo y ciencia ⁽⁹²⁾.

Infograma 2



Fuente: Elaboración Propia a partir de Leal 2011.

En esta concepción lo cuantitativo, lo cualitativo y lo dialéctico se complementan y como estrategia, contribuyen al encuentro de un método propio, tendiente a un pensamiento no encasillado y más consciente para la convivencialidad en el diálogo con la realidad. El fin del método es ayudar a pensar para responder al desafío de la complejidad de los problemas; se apoya, además, en la teoría del caos (khaps: abismo, confusión, desorden) la cual explica que los sistemas complejos tienen un orden subyacente y los sistemas simples pueden producir un comportamiento complejo ^(40,92,93). En resumen, la metodología de la presente investigación es la siguiente:

Infograma 3



Fuente: Elaboración Propia a partir de Leal 2011.

Implicaciones Teóricas.

El marco teórico o implicaciones teóricas a niveles más específicos y concretos, comprende la ubicación del problema en una determinada situación histórico-social, sus relaciones con otros fenómenos, las relaciones de los resultados por alcanzar con otros ya logrados, como también definiciones de otros conceptos, redefiniciones de otros, clasificaciones, tipología por usar, etc. ⁽¹⁰³⁾

El marco teórico comprende diversos subsistemas, siendo los más frecuentes:

- .- Marco Histórico.
- .- Marco Conceptual.
- .- Sistema Teórico.
- .- Definiciones de Términos ⁽¹⁰³⁾.

VARIABLES

Las variables presentes en esta investigación son de tipo Nominal ya que no permiten cuantificar la magnitud de un atributo sino determinar la presencia o ausencia del mismo y no permiten establecer orden jerárquico entre ellas. Las Variables a considerar en el estudio son:

1.- Ejercicio Quirúrgico Actual: como variable dependiente de:

- 1.1.- Ambiente laboral.
- 1.2.- Disponibilidad de Insumos y equipos médico-quirúrgicos.

- 1.3.- Relaciones laborales interpersonales.
- 1.4.- Jornadas laborales extenuantes.
- 1.5.- Relación trabajo-remuneración.
- 1.6.- Persecución y hostigamiento por parte de las autoridades.

En el desarrollo de cada una de esas variables el resultado será dicotómico: Ej.: El ejercicio quirúrgico actual es apropiado: “Si” o “No”.





















2.- Dilemas Bioéticos: como variable dependiente:

- 1.1.- Consentimiento informado en cirugía.
- 1.2.- Prácticas de cirugías innecesarias.
- 1.3.- Investigación en pacientes quirúrgicos.
- 1.4.- Manejos de pacientes Testigos de Jehová.
- 1.5.- Riesgos laborales en el manejo de pacientes seropositivos.
- 1.6.- Cirugía en el paciente terminal.
- 1.7.- Curva de aprendizaje en cirugía y complicaciones postoperatorias.
- 1.8.- Violación del Secreto Médico.

El desarrollo de cada una de estas variables generará las controversias morales más importantes a las que se enfrenta el cirujano y el residente de cirugía durante el ejercicio quirúrgico. De este diagnóstico se desprenderá la necesidad o no de creación de un Modelo Teórico de Competencias Bioéticas para la Formación del Cirujano en Venezuela, en aras de optimizar el ejercicio quirúrgico.

Infograma 4

***Análisis Estadístico más apropiado para el abordaje circunstancial
cuantitativo según el nivel de medición de las variables***

Nivel de Medición	Relaciones Definidas	Estadísticas Univariantes Apropriadas	Estadísticas Multivariantes Apropriadas
Nominal	<ul style="list-style-type: none">  Equivalencia 	<ul style="list-style-type: none">  Distribución de Frecuencia.  Porcentajes.  Moda.  Coeficiente de contingencia. 	<ul style="list-style-type: none">  Escalonamiento Multidimensional  Análisis de Correspondencia.  Análisis Discriminante.  Modelos de Probabilidad Lineal.
Ordinal	<ul style="list-style-type: none">  Equivalencia  Jerárquica 	<ul style="list-style-type: none">  Mediana.  Cuantiles.  Spearman.  Kendall.  Chi cuadrada. 	<ul style="list-style-type: none">  Escalonamiento Multidimensional  Análisis de Correspondencia.  Análisis Discriminante.  Modelos de Probabilidad Lineal.

Fuente: Leal, 2011

PROCESAMIENTO DE DATOS CUANTITATIVOS:

Los datos obtenidos en este estudio serían discretos, ya que se expresan en enteros sin admitir fracciones o decimales. Las Distribuciones de Frecuencia se expresarán en Tablas, Barras Simples, Diagrama Sectorial y/o Gráfico de Torta.

PROCESAMIENTO DE DATOS CUALITATIVOS:

Los datos cualitativos obtenidos de la aplicación de los instrumentos se procesarían a través de la Teoría Fundamentada de Glasser y Krauss ^(92,100) o a través de la Triangulación de Fuentes. Se pueden aplicar programas y Software en el procesamiento de datos en el momento cualitativo de la investigación compleja ⁽⁹²⁾. Los más utilizados son:

- ATLAS*t*i: Es el más utilizado en la actualidad por su sencillez y veracidad en la aplicabilidad.
- Code-a-text multimedia
- Etnograph
- NUD*IST
- NViVo ⁽⁹²⁾.

En el procesamiento de datos cualitativos de este estudio se aplicará el Software ATLAS*t*i versión 6.1.11.

ABORDAJES CIRCUNSTANCIALES

En el desarrollo de la temática de estudio y particularmente durante el momento de la aplicación de los instrumentos y obtención de realidades desde las distintas perspectivas de los sujetos de estudio e informante clave de la presente tesis doctoral, se planteó inicialmente realizar tres momentos a los cuales se les ha denominado a partir de los encuentros metodológicos “***Abordajes Circunstanciales***”, denominación que obedece a que cada abordaje es una circunstancia en particular con particulares elementos integradores y en tiempos diversos.

Inicialmente se estructuró el abordaje de sujetos de estudio (aquellos que viven la realidad de la temática en la cotidianidad) y del informante clave (experto en la temática, aunque pueda no estar sumergido en ella) en tres momentos o abordajes circunstanciales:

Un *primer* Abordaje Circunstancial tipo ***Cuantitativo*** a través de entrevistas semi estructuradas a Cirujanos Adjuntos y Residentes de Postgrado de Cirugía General del HUAL.

Un *segundo* Abordaje Circunstancial tipo ***Cualitativo*** a través de entrevistas semi estructuradas a Pacientes Quirúrgicos que ingresaron por el área de emergencia y fueron derivados a quirófano para realizar la cirugía de emergencia y/o a sala de hospitalización.

Un *tercer* Abordaje Circunstancial, igualmente cualitativo, constituido por una entrevista en profundidad al informante clave en la figura del Coordinador de Postgrados del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

Durante el desarrollo de los abordajes, y partiendo del A-Método que supone el paradigma complejo, se estructuran ambos abordajes tanto cualitativo como cuantitativo para los grupos de adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general y pacientes quirúrgicos. Este viraje metodológico se fundamenta en el hecho de que durante el abordaje cualitativo hubo respuestas dicotómicas (si-no, bueno-malo, entre otras) que no aplicaban para un procesamiento por Teoría Fundamentada ni por aplicación de Software para estudios cualitativos. Así mismo, durante el abordaje cuantitativo, se obtuvieron respuestas que ameritaban un proceso de teorización gracias a su alto valor emocional y conceptual.

A los efectos de mantener una metodología cónsona con los resultados obtenidos, el abordaje de adjuntos y residentes de postgrado de cirugía del HUAL se denominó Abordaje Circunstancial Cuantitativo por tener predominancia en el procesamiento de datos y al abordaje de los pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía general del HUAL se le denominó Abordaje Circunstancial Cualitativo por predominar los procesos de análisis comparativo continuo.

MARCO ÉTICO QUE ACOMPAÑA LA PARTICIPACIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO E INFORMANTE CLAVE

El abordaje circunstancial de los *sujetos de estudio* estuvo guiado por los procesos siguientes:

- 1.- Manifestación de voluntad por parte del paciente a formar parte de la investigación. El paciente quirúrgico debía gozar de sus facultades mentales.
- 2.- Información verbal y escrita sobre la intencionalidad del estudio y la posibilidad de que los resultados obtenidos sean divulgados en beneficio de la comunidad científica y/o general.
- 3.- Obtención por parte del paciente quirúrgico del respectivo consentimiento verbal y escrito a participar en el estudio.
- 4.- Conversión del paciente quirúrgico en protagonista de la investigación.

Infograma 5



Fuente: Elaboración Propia.

El abordaje circunstancial del *Informante Clave* (Coordinador de Postgrados del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”) del presente estudio estuvo guiado por los procesos siguientes:

- 1.- Información verbal y escrita sobre la intencionalidad del estudio y la posibilidad de que los resultados obtenidos sean divulgados en beneficio de la comunidad científica y/o general.
- 2.- Obtención del respectivo consentimiento verbal y escrito a participar en el estudio.
- 3.- Conversión en protagonista de la investigación.
- 4.- Revisión y aprobación de la entrevista transcrita para su divulgación.

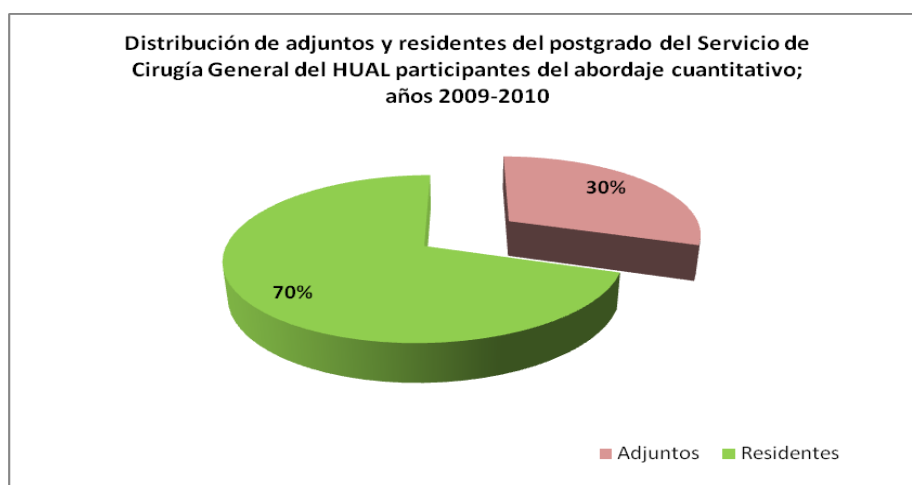
ESCENARIO IV

RESULTADOS

ABORDAJE CIRCUNSTANCIAL CUANTITATIVO DE RESIDENTES Y ADJUNTOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HUAL

Se realiza en un primer momento el abordaje circunstancial cuantitativo de la investigación previo consentimiento informado a veinte (20) Adjuntos y Residentes de Postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL) y se procede a su distribución.

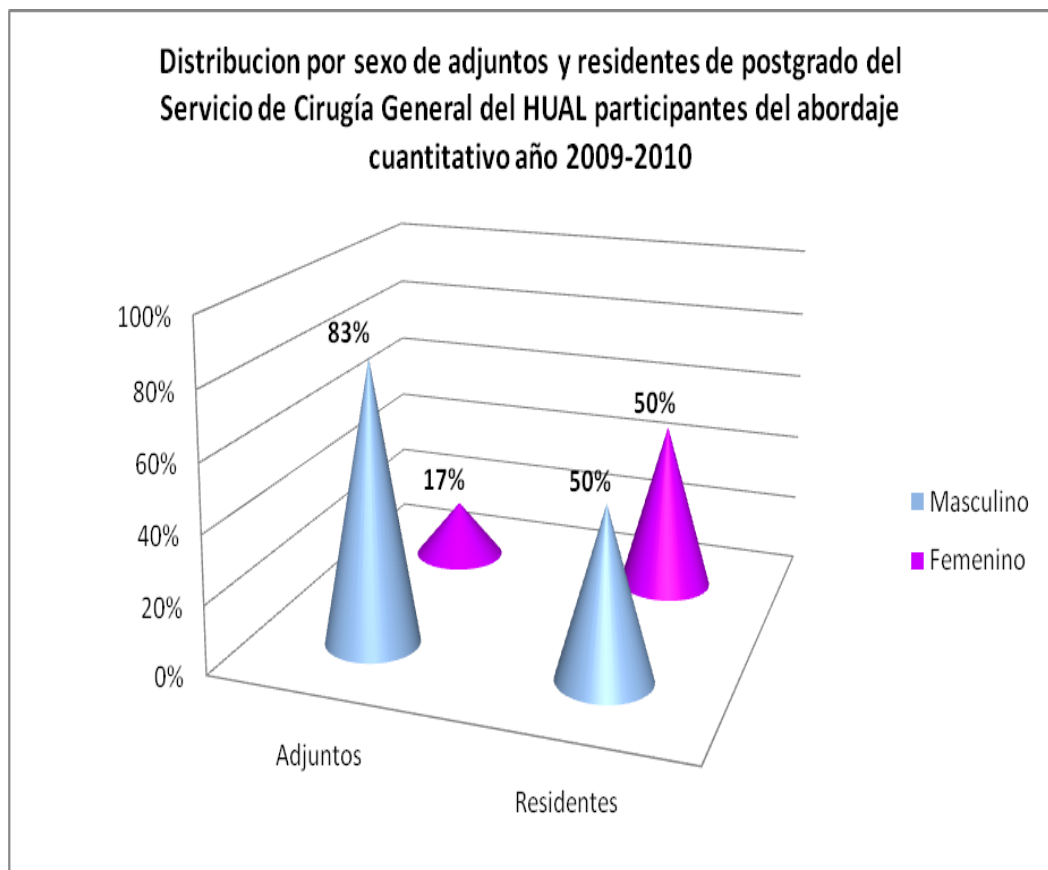
Gráfico 1



Los residentes de postgrado se tornaron ampliamente interesados en participar en esta investigación, plasmando sus vivencias y percepciones individualizadas sobre el ejercicio quirúrgico en el sector público de salud.

De los 14 residentes que consintieron participar en el abordaje circunstancial cuantitativo, siete (7) eran masculinos y (7) del sexo femenino. De los adjuntos, seis (5) eran masculinos y una (1) del sexo femenino.

Gráfico 2



Al realizar el abordaje previo consentimiento informado a veinte (20) Adjuntos y Residentes de Postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” sobre como describirían en una sola palabra el ejercicio quirúrgico actual, las respuestas fueron las siguientes:

Un 55% de los adjuntos y residentes describieron con las palabras ineficiente, deficiente, controvertido, incompleto, desorden, peligroso, superfluo, desactualizado e indefinido al ejercicio quirúrgico actual. Un 45% lo encasilló dentro los términos de apasionante, positivo, bueno, eficiencia, adecuado y evolución en correspondencia al ejercicio quirúrgico actual.

Tabla 1

Categorización del Ejercicio Quirúrgico Actual por Adjuntos y Residentes del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, (HUAL)

Categorización del Ejercicio Quirúrgico Actual	Porcentajes (%)
Ineficiente, Deficiente Controvertido, Incompleto, Desorden, Peligroso, Superfluo, Desactualizado, Indefinido.	55%
Vocación	10%
Bueno y Regular	10 %
Apasionante, Positivo, Eficiente, Adecuado y Evolución.	25 %

El resultado obtenido apunta a que 55% de los abordados (11 de 20) consideran al ejercicio quirúrgico como un ejercicio caórdico (caos dentro del orden) y 45% restante (9 de 20) lo considera armónico.

Gráfico 3



Al abordar el tema del paciente quirúrgico, la mayoría de los cirujanos y residentes de postgrado de cirugía general, refirieron que el paciente quirúrgico tiene un comportamiento y un contexto distinto que otros pacientes que acuden a otros servicios y las razones como la necesidad en la precocidad del manejo, el sometimiento al acto anestésico, el padecimiento de patologías agudas y la agresividad de la injuria quirúrgica fueron los sustentos de sus respuestas.

En el abordaje cuantitativo del trabajo se estructuraron respuestas reflexivas como cuáles eran considerados por los cirujanos generales (adjuntos) y residentes de postgrado los problemas más sentidos en el ejercicio quirúrgico actual y las respuestas fueron las que a continuación se enumeran:

- 1.- Relación Médico Paciente.
- 2.- Deficiencia instrumental.
- 3.- Falta de dotación en instrumental quirúrgico.
- 4.- Cambios entre cirujanos en cuanto a pensamientos.
- 5.- El no contar con los recursos necesarios en el medio hospitalario.
- 6.- Tener que salvarle la vida a delincuentes.
- 7.- Anarquía.
- 8.- Falta de recursos materiales.
- 9.- Falta de ética.
- 10.- Falta de interés en enseñar.
- 11.- Falta de sentido de pertinencia de todo el personal en el HUAL.
- 12.- Falta de insumos.
- 13.- Mala gerencia institucional.
- 14.- Mala (incompleta) formación académica.
- 15.- Poca supervisión quirúrgica.
- 16.- Las políticas gerenciales en la conducción de los progresos de salud.
- 17.- Intrusismo.
- 18.- Impericia.
- 19.- Mercantilismo.
- 20.- Falta de recursos para cubrir demanda.
- 21.- Comercialización de la salud, especialmente en especialidades quirúrgicas.
- 22.- Ineficiencia absoluta de los entes responsables de la situación de salud del país.
- 23.- Miedo (resentimientos familiares, falta de seguridad).
- 24.- Culpabilidad (por falta de diagnóstico preciso y oportuno; falta de apoyo imagenológico y de laboratorio).
- 25.- Retraso (falta de tecnología y disposición a su uso).
- 26.- Desde el punto de vista asistencial público el problema es institucional y administrativo.
- 27.- Falta de insumos quirúrgicos.

- 28.- Deficiencia de técnica quirúrgica.
- 29.- Falta de actualización en materias intelectual e instrumental.
- 30.- En el ejercicio público existe deficiencia de recursos diagnósticos e incluso para el tratamiento, influenciado en algunas situaciones por opiniones o direcciones políticas.
- 31.- Falta de equipos.
- 32.- Retraso en obtención de recursos tecnológicos de punta.
- 33.- Abastecimiento hospitalario.
- 34.- Número de camas.
- 35.- Turnos quirúrgicos.
- 36.- No poner en práctica los cambios y la evolución de la cirugía.
- 37.- En primer lugar los criterios obsoletos y cerrados de los cirujanos antiguos a los cambios para la evolución. Segundo, la falta de recursos.
- 38.- Disponibilidad de cupo quirúrgico.
- 39.- Disponibilidad de material e instrumentación.
- 40.- Falta de personal de enfermería.

Las 40 respuestas fueron agrupadas según categorías vinculantes, donde la categoría denominada “Ambiente Hospitalario” representó el problema más sentido y referido por el 45% de los sujetos abordados.

En ese renglón se estima desde la carencia de insumos y camas para hospitalización, falta de personal de enfermería, métodos diagnósticos y laboratorio e instrumental quirúrgico.

La “Falta de Ética” y la “Responsabilidad Administrativo-Institucional” obtuvieron un 17,5% del total de las respuestas cada una como problemas sentidos del ejercicio quirúrgico actual.

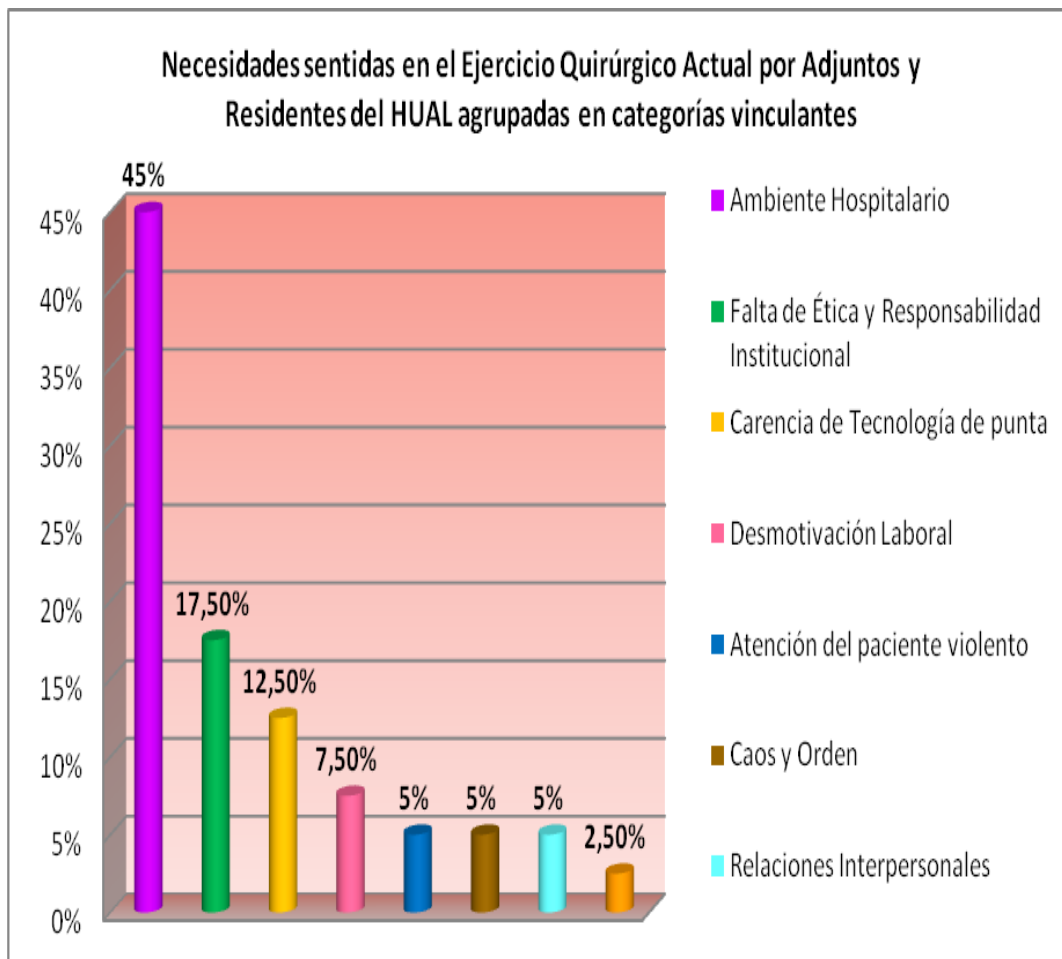
Las expresiones porcentuales del resto de las categorías vinculantes se presentan en la tabla a continuación.

Tabla 2

Necesidades sentidas en el Ejercicio Quirúrgico Actual por Adjuntos y Residentes del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, (HUAL)

Categorías que engloban las necesidades sentidas	Porcentajes
“Ambiente Hospitalario”	45 %
“Falta de Ética Profesional” y “Responsabilidad Administrativo-Institucional”	17,5 %
“Divorcio entre Tecnología de Punta y Sector Público de Salud”	12,5 %
“Desmotivación Laboral”	7,5 %
“El Caos y el Orden”	5 %
“Dilemas en la Atención del Paciente Violento”	5 %
“Relaciones Interpersonales”	5 %
“Relación Médico-Paciente”	2,5 %

Gráfico 4



Cada una de las respuestas emitidas por los abordados se agruparon en categorías vinculantes para obtener renglones que reflejaran las necesidades sentidas del ejercicio quirúrgico cotidiano. Así, las necesidades derivadas del ambiente hospitalario ocuparon primordialmente un 45% dentro de las que se cuentan necesidades de infraestructura, equipos e insumos médicos, gerencia y administración hospitalaria.

Infograma 6



Fuente: Elaboración Propia.

Para tratar de comprender en profundidad el ejercicio quirúrgico actual se contrastó con el ejercicio del pasado a través de la pregunta: De tener más de diez años en el ejercicio quirúrgico, ¿Considera que existen cambios entre el ejercicio quirúrgico del pasado y el actual? De ser afirmativa su respuesta: ¿Cuáles serían esos cambios?

- 1.- Si existen, los cambios más importantes derivados de avances tecnológicos y técnicos.
- 2.- Tecnológico y conservador; menos invasivo.
- 3.- Sí. Progreso en técnicas con nuevos artificios para mayor responsabilidad en la filosofía quirúrgica.
- 4.- No tengo experiencia suficiente.
- 5.- Tecnología, antibioticoterapia avanzada de amplio espectro.
- 6.- Sí, mejora en técnicas y aparición de nuevas tecnologías.

Se pone de manifiesto que el ejercicio quirúrgico actual lo están desarrollando profesionales jóvenes, con corta experiencia ya que las puntuales y pocas respuestas así lo evidencian. Sin embargo, el avance tecnológico sin duda a todas luces se convierte en el primer elemento a destacar entre el ejercicio quirúrgico del pasado y el ejercicio presente.

Para explorar en profundidad cuanto impacto ha tenido el ejercicio quirúrgico actual en los abordados se realizó una pregunta encaminada a evaluar si se ha acariciado la idea de desempeñarse en otra profesión bajo la pregunta: ¿Ha deseado alguna vez haberse desempeñado en otra profesión? Si su respuesta es afirmativa: ¿En cuales situaciones lo ha contemplado? Las respuestas afirmativas se acompañaron de la determinación de cuáles fueron los momentos en los que se ha preferido no ser cirujano general o residente del postgrado de cirugía:

1. Sí, deficiencias.
2. Sí. En situaciones cuando mi familia requiere mi apoyo y por el tiempo dedicado a mi profesión no he podido.
3. Sí, al sentir que te pierdes momentos importantes de la vida de seres queridos.
4. Sí, en aquellos momentos en que se quiere resolver una guardia y no hay recursos por parte de la institución.
5. Sí, cuando no hay tiempo para comer ni ir al baño en una guardia, muchos pacientes, poco material.
6. No, sin embargo preocupa la cada vez mayor inseguridad para el médico y la desigual remuneración si es especialista.
7. Sí. En momentos en donde se desea realizar o prestar algún servicio y no se puede por falta de recursos.
8. Sí; en una guardia intensa del hospital.
9. Sí, en los momentos en que no es posible disponer de tiempo en forma planificada.

El 45% de los adjuntos y residentes de cirugía general han deseado en algún momento de su desempeño profesional, dedicarse a otra profesión y los motores de esta percepción fueron, jornada laboral extenuante, carencia de tiempo para compartir en familia, por carencias de insumos intrahospitalarios.

Gráfico 5



En función a que los protagonistas del presente estudio son actores presenciales “Sujetos de Estudio” de la realidad a evaluar, (Ejercicio Quirúrgico Actual) se les dirige una pregunta de orden reflexivo que reza: ¿Como considera Ud. que se puede mejorar el ejercicio quirúrgico en la actualidad?. Las respuestas fueron las siguientes:

- 1.- Aceptar la evolución de la cirugía y buscar los recursos necesarios.
- 2.- Con el esfuerzo y trabajo de todo el equipo quirúrgico trabajando para el beneficio del paciente.
- 3.- Uso de simuladores para técnicas quirúrgicas.
- 4.- Mayor servicio y atención pública de calidad.

- 5.- Mejorando la actividad intelectual y preparación técnica en el pregrado.
- 6.- Evaluación continua en la formación de pregrado.
- 7.- Exigiendo actualización ya en la especialidad.
- 8.- Mejorando el sistema administrativo.
- 9.- Uso de tecnología (imágenes, laboratorio, laparoscopia)
- 10.- Incentivo para interacción con otros servicios (anestesia, medicina interna, entre otros).
- 11.- Asociar sistemas de vigilancias para seguridad clínica de los pacientes.
- 12.- Más centros disponibles.
- 13.- Más personal competente que existan en centros públicos.
- 14.- Ética médica por parte del personal médico quirúrgico.
- 15.- Exigiendo la capacitación y adiestramiento de los cirujanos.
- 16.- Un programa docente acorde con los tiempos actuales.
- 17.- Mejorar la parte académica.
- 18.- Evaluación de especialistas no egresados en el centro.
- 19.- Mejorar la enseñanza.
- 20.- Compartir conocimiento de los expertos a los estudiantes.
- 21.- Que los estudiantes estén más motivados.
- 22.- Cumplir con requisitos académicos.
- 23.- Con organización.
- 24.- Dotando a las instituciones de recursos.
- 25.- Contando con todo lo necesario en el medio hospitalario.
- 26.- Dotando de conocimiento e instrumental para el ejercicio de cirugía mínimamente invasiva al equipo quirúrgico hospitalario.
- 27.- Mayor tiempo y conocimiento de los pacientes.
- 28.- Contar con los recursos adecuados en centros hospitalarios.
- 29.- Haciendo cambiar en los dirigentes de postgrado en los hospitales en Carabobo.

30.- Ejercer menos presión en los residentes siempre y cuando la presión sea un feedback entre adjuntos y residentes.

31.- Teniendo a la disposición los equipos y la asesoría interesada de quienes tienen la experiencia.

El 22,58 % de los abordados perciben la necesidad de mejorar tanto la enseñanza de pre como de postgrado, el 19,35 % apuntan a la dotación de equipos e insumos hospitalarios como vía para mejorar el ejercicio quirúrgico actual, un 16,12 % afirma que se debe implementar inversión en tecnología de punta, el 6,45 % manifestó que se debe mejorar la calidad de la atención en salud, , el 6,45 % indica que el ejercicio quirúrgico podría mejorar considerando la ética médica como eje central del ejercicio y otro 6,45 % refirió que la motivación debe incentivarse para mejorar el ejercicio quirúrgico.

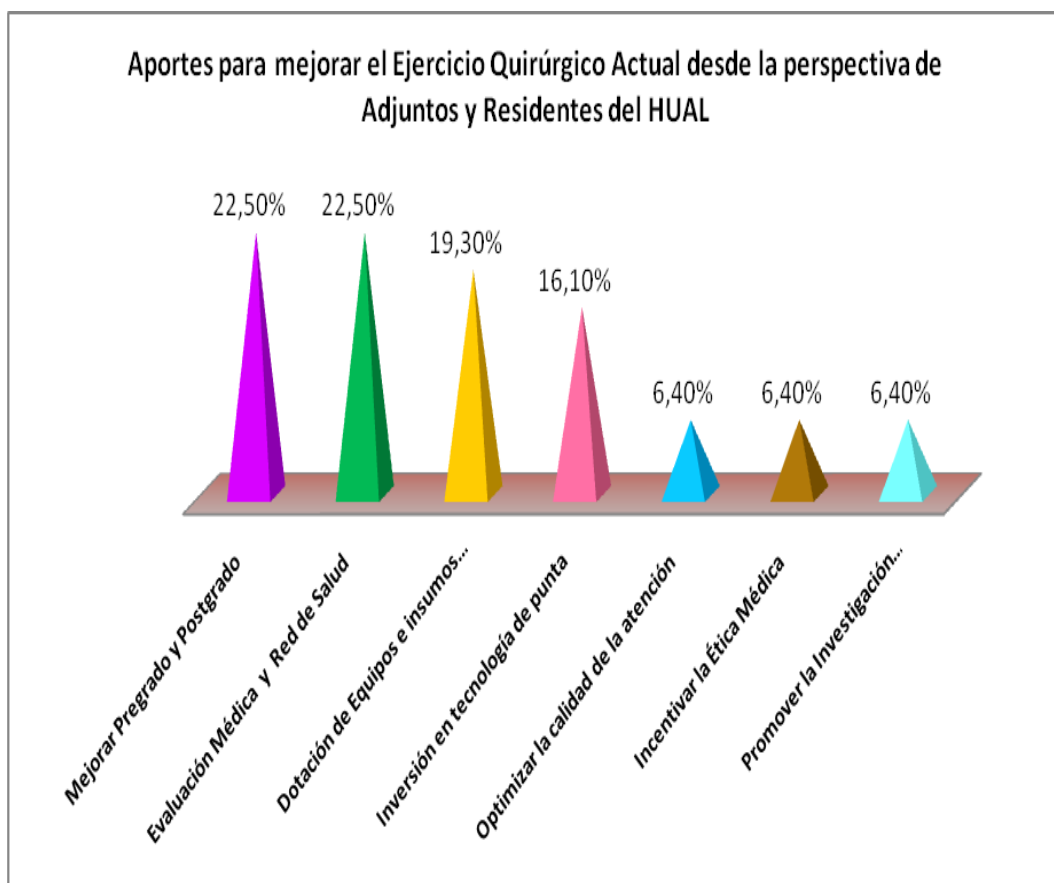
Tabla 3

Aportes Considerados por Adjuntos y Residentes del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” para mejorar el Ejercicio Quirúrgico Actual

Aportes contribuyentes al mejoramiento	Porcentajes
Mejorar Pregrado y Postgrado	22,58 %
Optimizar la seguridad intrahospitalaria, ampliar la red de salud; Evaluación médica continua de los cirujanos; Mejorar la relación médico paciente.	22,58%
Dotación de equipos e insumos hospitalarios	19, 35 %

Invertir en Tecnología de Punta	16,12 %
Mejorar la Calidad de la Atención	6,45 %
Incentivar la Ética Médica	6,45 %
Promover la Integración Multidisciplinaria	6,45%

Gráfico 6



Se exploró la percepción que se tiene del paciente quirúrgico por parte de cada uno de los encuestados a través de la pregunta: ¿Cree que el paciente quirúrgico es diferente al paciente que acude a otras áreas de la medicina? Si su respuesta es afirmativa: ¿Por qué?

Las 16 respuestas afirmativas fueron las siguientes:

1. Sí. Amerita respuesta eficiente y precoz.
2. Sí. El paciente quirúrgico en su mayoría requiere intervención inmediata para mantener su vida o no aumentar su morbilidad.
3. Sí, es totalmente diferente, ya que se trata de pacientes que deben ser manejados de forma integral desde el punto de vista médico, metabólico y quirúrgico.
4. Sí. Amerita una respuesta inmediata.
5. Sí. Porque amerita una respuesta más expedita y urgente.
6. Sí. El acto quirúrgico magnifica el stress del paciente y la necesidad de atención por parte de su médico tratante.
7. Sí. Los pacientes quirúrgicos en muchos de los casos son agudos, la respuesta terapéutica debe llegar más prontamente; además desde el punto de vista técnico el tratamiento es completamente distinto, combina procedimientos manuales y conocimientos y manejo médico.
8. Sí, porque algunas veces es un paciente de choque, las decisiones quirúrgicas no son inocuas y conllevan morbilidad.
9. Sí, a que por eso existen las especialidades desde el punto de vista de manejo adecuado para todo paciente o mejor todo médico debe ser integral para la atención de sus pacientes.
10. Sí, debe ser abordado de manera más rápida, fría y segura ya que del diagnóstico quirúrgico dependerá su futuro. Además, el paciente de forma natural puede cursar con estados de comorbilidad que activen a exacerben su patología actual.

11. Sí. El trato y conducta se debe hacer complementando la evaluación médica y la decisión correcta del cuando y como resolver quirúrgicamente, donde el tiempo puede contarse en segundos.
12. Sí, la respuesta es inmediata debido al tipo de patología que presenta el paciente.
13. Sí, por el hecho que implica la incertidumbre. De tener que someterse o no a un acto quirúrgico y anestésico y todo lo que ello implica (situación social, estética, etc.)
14. Sí, porque en su mayoría el paciente quirúrgico presenta patologías más agudas cuya pronta actuación mejora su morbimortalidad.
15. Sí, pues la mayoría de sus cuadros son de evolución aguda y ameritan respuesta rápida.
16. Es depende porque la resolución definitiva del paciente quirúrgico evidentemente difiere de otros pacientes, pero todos los pacientes tienen que atenderse con criterio, conocimiento y ética, siempre que se vean beneficiados de ese conocimiento del cirujano.





El 80 % de los abordados, cirujanos y residentes de postgrado de cirugía general, refirieron que el paciente quirúrgico tiene un comportamiento y un contexto distinto que otros pacientes que acuden a otros servicios y las razones como la necesidad en la precocidad del manejo, el sometimiento al acto anestésico, el padecimiento de patologías agudas y la agresividad de la injuria quirúrgica fueron los sustentos de sus respuestas.

A continuación se presenta un Infograma donde se plasma un análisis comparativo continuo para obtener una proposición.







Infograma 7

Percepción del Paciente Quirúrgico por los Sujetos de Estudio.

CITAS	CÓDIGO	FAMILIAS	PROPOSICIONES
Amerita respuesta eficiente y precoz.	Respuesta Eficiente Precoz	Atención	<p><i>Una vez aplicado el análisis comparativo continuo las proposiciones integradas de la visión del paciente quirúrgico por parte del 80% de los sujetos de estudio, cirujanos generales y residentes de postgrado de cirugía afirman que: “El paciente quirúrgico es diferente a los pacientes de otras especialidades por presentar un alto grado de estrés, ameritar atención inmediata y pormenorizada, cursar con un gran número de patologías agudas, demandar una evaluación clínica integral que disminuya su morbimortalidad para obtener un diagnóstico de certeza; por otra parte presentan incertidumbres generadas por la cirugía, el acto anestésico, potenciales complicaciones</i></p>
El paciente quirúrgico en su mayoría requiere intervención inmediata para mantener su vida o no aumentar su morbilidad.	Intervención Vida Morbilidad		
Es totalmente diferente, ya que se trata de pacientes que deben ser manejados de forma integral desde el punto de vista médico, metabólico y quirúrgico.	Manejo Médico Metabólico Quirúrgico	Visión holística	
Amerita una respuesta inmediata.	Respuesta Precoz	Atención	
Porque amerita una respuesta más expedita y urgente.	Respuesta Expedita Urgente	Inmediata	
El acto quirúrgico magnifica el stress del paciente y la necesidad de atención por parte de su médico tratante.	Estrés Necesidad Atención	Estrés y Cirugía Necesaria	
Los pacientes quirúrgicos en muchos de los casos son agudos, la respuesta terapéutica debe llegar más prontamente; además desde el punto de vista técnico el tratamiento es completamente distinto, combina procedimientos manuales y conocimientos y manejo médico.	Estrés Necesidad Atención		
Porque algunas veces es un paciente de choque, las decisiones quirúrgicas no son inocuas y conllevan morbilidad.	Riesgo Morbilidad	Complicaciones Postoperatorias	
A que por eso existen las especialidades desde el punto de vista de manejo adecuado para todo paciente o mejor todo médico debe ser integral para la atención de sus pacientes.	Atención Pormenorizada	Visión holística	
Debe ser abordado de manera más rápida, fría y segura ya que del diagnóstico quirúrgico dependerá su futuro. Además, el paciente de forma natural puede cursar con estados de comorbilidad que activen a exacerben su patología actual.	Decisión Correcta Tiempo	Comorbilidad Asociada	
El trato y conducta se debe hacer complementando la evaluación médica y la decisión correcta del cuando y como resolver quirúrgicamente, donde el tiempo puede contarse en segundos.	Respuesta Eficiente Precoz Certeza	Certeza Diagnóstica	
La respuesta es inmediata debido al tipo de patología que presenta el paciente.	Atención Inmediata		
Por el hecho que implica la incertidumbre. De tener que someterse o no a un acto quirúrgico y anestésico y todo lo que ello implica (situación social, estética, etc.)	Miedo Incertidumbre Cirugía	Incertidumbre ante lo desconocido	

Porque en su mayoría el paciente quirúrgico presenta patologías más agudas cuya pronta actuación mejora su morbimortalidad.	Necesidad Atención 	Atención	<i>postoperatorias y la injuria quirúrgica como acto igualmente estresante pero justificado en la preservación de la salud y la vida”.</i>
Pues la mayoría de sus cuadros son de evolución aguda y ameritan respuesta rápida.	Cirugía Inmediata 	Inmediata	
Es depende porque la resolución definitiva del paciente quirúrgico evidentemente difiere de otros pacientes, pero todos los pacientes tienen que atenderse con criterio, conocimiento y ética, siempre que se vean beneficiados de ese conocimiento del cirujano.	Cirugía Necesaria  Atención Pormenorizada 	Cirugía Necesaria Visión Holística	

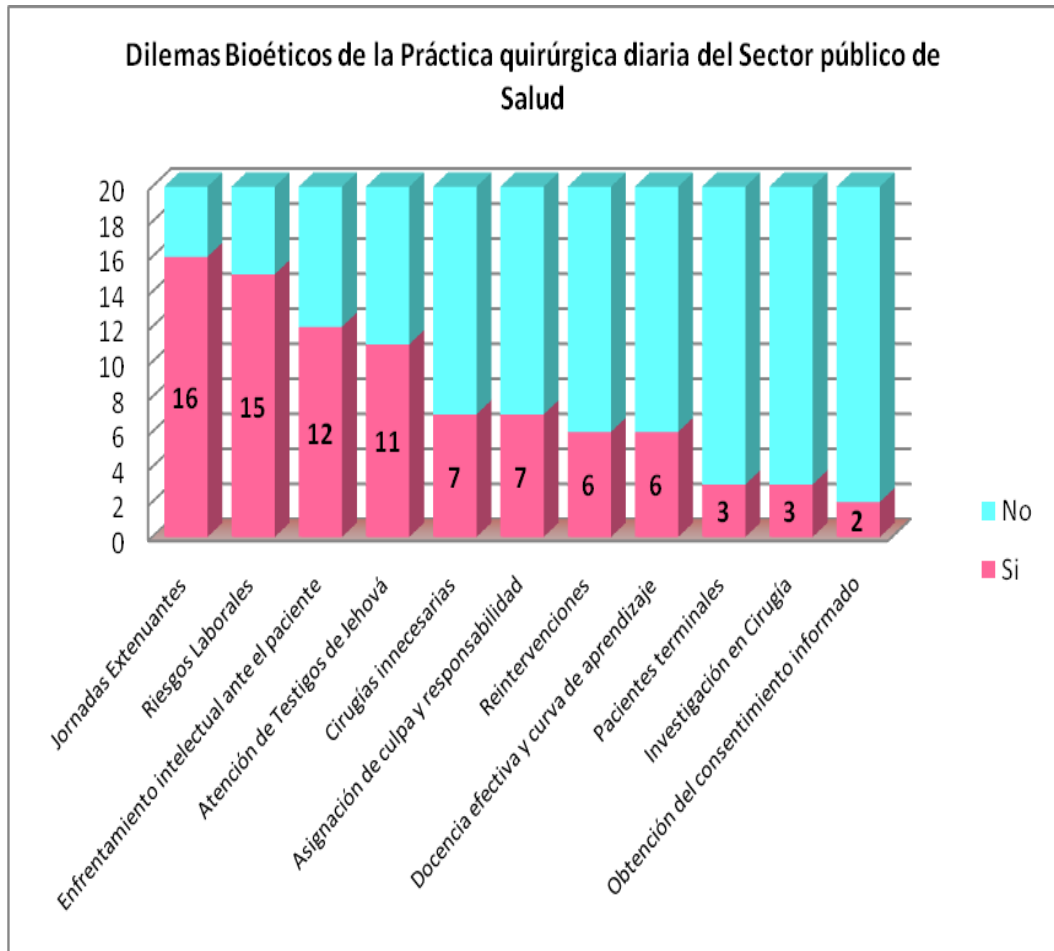
En la encuesta se plasmó una segunda parte de selección simple que trata sobre los dilemas bioéticos del ejercicio quirúrgico público actual. El planteamiento fue el siguiente: de los enunciados que a continuación se presentan, marque con una X aquellos que Ud. considere que entorpecen su práctica quirúrgica diaria:

-  Jornadas laborales extenuantes. (señalada por 16 de los 20 abordados)
-  Presencia de riesgos laborales en el manejo de pacientes seropositivos, inmunosuprimidos y no estudiados. (señalada por 15 de los 20 abordados)
-  Discusión de casos y enfrentamiento intelectual en presencia del paciente quirúrgico. (señalada por 12 de los 20 abordados)
-  Manejo de pacientes testigos de Jehová inestables hemodinámicamente. (señalada por 11 de los 20 abordados)
-  Prácticas de cirugías innecesarias por diagnósticos inciertos. (señaladas por 7 de los 20 abordados)
-  La asignación de culpas y responsabilidades en cada cirugía. (señalada por 7 de los 20 abordados)

- Expectativas de una reintervención. (señalada por 6 de los 20 abordados)
- Curva de aprendizaje y docencia efectiva en cirugía. (señalada por 6 de los 20 abordados)
- Prácticas de cirugías en pacientes terminales. (señalada por 3 de los 20 abordados)
- Investigación en el paciente quirúrgico. (señalada por 3 de los 20 abordados)
- Obtención oportuna del consentimiento informado para el acto quirúrgico. (señalada por 2 de los 20 abordados)

Las jornadas laborales extenuantes, el enfrentamiento intelectual en presencia del paciente sobre su caso clínico, la presencia de los riesgos laborales y el abordaje de pacientes testigos de Jehová ante el precepto religioso de negación al uso de hemoderivados fueron las situaciones más frecuentes que en consideración a los abordados entorpecen la práctica quirúrgica actual.

Gráfico 7



En la búsqueda espontánea del señalamiento de situaciones consideradas por los abordados como Dilemas Bioéticos del ejercicio quirúrgico se plasmó una tercera parte que consistía en desarrollo corto.

El enunciado refería lo siguiente: Enumere OTROS conflictos y Dilemas Bioéticos que se presenten en su práctica quirúrgica diaria:

- 1.- Falta de insumos básicos para acto quirúrgico.
- 2.- Deficiencia del servicio de anestesia por contemporizar casos.
- 3.- Atención a pacientes delincuentes.
- 4.- Atención a pacientes con ETS.
- 5.- Intrusismo médico.
- 6.- Familiares que se niegan a decirle la verdad al paciente y viceversa.
- 7.- Operar sin recursos ni condiciones adecuadas obligadas por una institución.
- 8.- Injusticia al tomar decisión.
- 9.- Intervenir pacientes menos graves antes que los verdaderamente graves.
- 10.- Realización de procedimientos en centros privados de estudios que pudieran ser realizados en el centro y además por los mismos especialistas.
- 11.- El nivel de exigencia cambia dependiendo del residente por parte de algunos especialistas y otros residentes.
- 12.- Pacientes electivos emergenciados.
- 13.- Emergencias pospuestas por quirófano.
- 14.- Falta de insumos en pacientes con compromiso de vida.
- 15.- Mal manejo médico en pacientes que ameritan cirugía.
- 16.- Mala gerencia hospitalaria.
- 17.- Falta de supervisión académica y asistencial.
- 18.- Ambiente inadecuado al abordar al paciente.
- 19.- Limitación en métodos para diagnósticos.
- 20.- Limitación en artificios para resolución quirúrgica.
- 21.- Falta de protocolos de trabajo para unificar criterios.
- 22.- Falta de insumos.
- 23.- Intolerancia de pacientes y familiares ante incapacidad del personal para solucionar su problema.
- 24.- Falta de sentido de pertinencia y compromiso del personal con su trabajo.
- 25.- Guerras de "Egos" que entorpecen el trabajo y perjudican a los pacientes.
- 26.- "Politización" en la atención médica.

- 27.- Falta de protocolos que estandaricen la prioridad en la atención del paciente quirúrgico.
- 28.- Falta de disposición al uso de tecnología (laparoscopia, acuscopia).
- 29.- Falta de apoyo de imagenología (no hay tomografías, RMN).
- 30.- Cirugías retrasadas por falta de diagnóstico precoz, debido a no contar con paraclínicos, imágenes y laboratorios adecuados.
- 31.- Falta de apoyo de anestesia (hay que rogarle los casos).
- 32.- Falta de apoyo de los servicios interconsultantes como medicina interna, UCI, ginecología (hay que rogarles las valoraciones).
- 33.- Falta de tecnología diagnóstica en las instituciones.
- 34.- Carencia de recursos en las instituciones.
- 35.- Abordaje y tratamiento de los pacientes llamados “caso social”.
- 36.- Pacientes con diagnóstico de “Alto Riesgo Biológico –ARB-”
- 37.- Reintervenciones en pacientes operados por otros especialistas y otros centros.
- 38.- Relación interpersonal entre compañeros de trabajo.
- 39.- Mala gerencia institucional.
- 40.- Falta de respeto al personal médico superior.
- 41.- Realización por la emergencia de casos electivos.
- 42.- Interés político para resolución de casos específicos.
- 43.- Ingreso de pacientes por vías paralelas a las indicadas.
- 44.- Falta de interés por parte de superiores (algunos) por la docencia que se pueda prestar al estar en un hospital universitario.
- 45.- Dicotomía.
- 46.- Intrusismo profesional.
- 47.- Número de pacientes.
- 48.- Ajustar explicaciones al nivel educativo de familiares y pacientes.
- 49.- Resolución de cirugías electivas en turno de emergencia.
- 50.- Decidir grado de prioridad ante casos similares para su resolución.

- 51.- Estancia prolongada de hospitalización.
- 52.- No se cuenta con el espacio físico disponible para tratar pacientes quirúrgicos.
- 53.- No se cuenta con recursos materiales suficientes.
- 54.- No se cuenta con recursos humanos suficientes.
- 55.- La remuneración no está acorde con la exigencia laboral.
- 56.- Equipo de trabajo disfuncionante.
- 57.- Falta de pedagogía en el ambiente quirúrgico.
- 58.- Falta de insumos al atender un paciente que entorpece ejecutar el trabajo.
- 59.- La falta de recursos, sabiendo que existen otras operaciones mejores para el paciente. Esto no nos deja brindarle la mejor terapéutica.
- 60.- Falta de apoyo de los directivos del hospital en el caso que ocurriera problema con un paciente.

Tabla 4

Dilemas Bioéticos Considerados por Adjuntos y Residentes del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el Ejercicio Quirúrgico Actual

Dilemas bioéticos del ejercicio quirúrgico por categorías vinculantes	Porcentajes (%)
Dependientes de la carencia de recursos institucionales y dependientes de especialistas y residentes de postgrado	48,3 %
Dependientes de la organización hospitalaria	18,3 %
Dependientes del paciente	8,3 %
Dependiente de la toma de decisiones	10 %
Dependiente de los familiares del paciente	5 %
Dependientes del personal del hospital	5 %
Dependientes de la Universidad	3,3 %
Dependientes de la relación médico-paciente	1,6 %

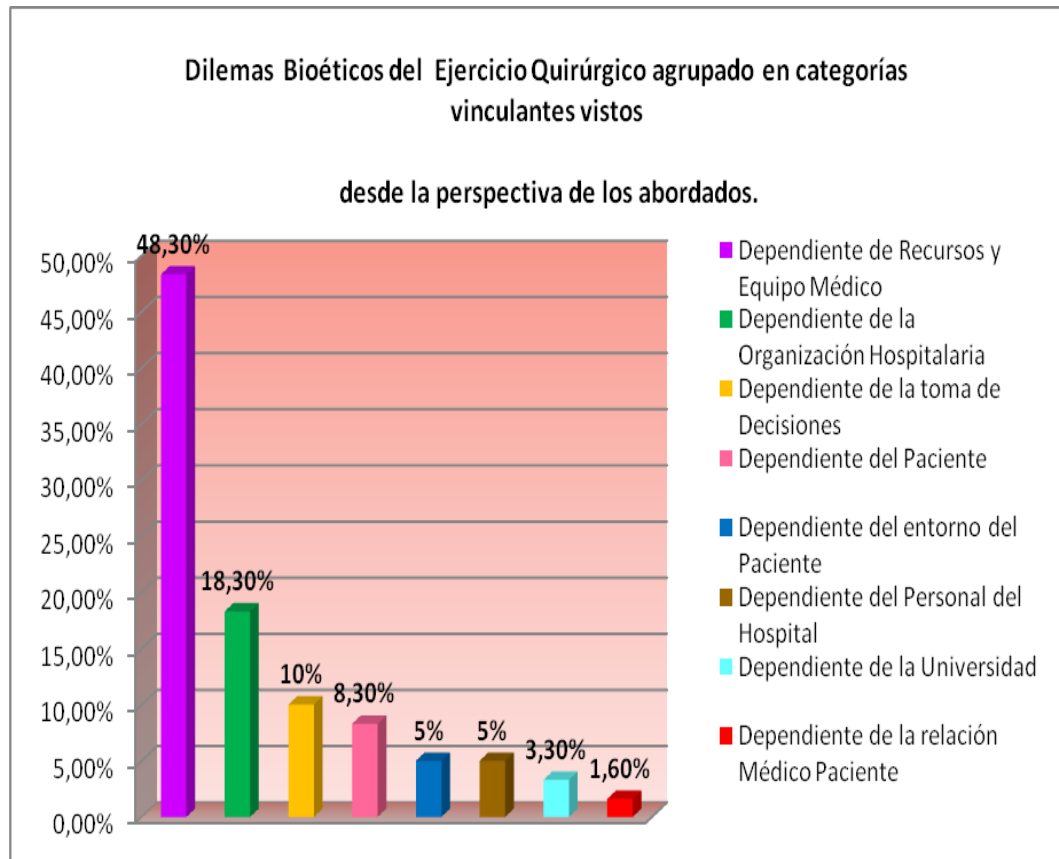
Las respuestas obtenidas se agruparon en categorías que guardan un origen vinculante.

Así, el 48,3% de las respuestas acordaban que los dilemas bioéticos derivados en la práctica quirúrgica actual son “Dependientes de los Recursos e Insumos Institucionales” y “Dependientes de Especialistas y Residentes del Postgrado”, el 18,3% atribuyó los conflictos actuales del ejercicio quirúrgico a factores “Dependientes del Hospital”, donde se contempla desde la respuesta a la demanda en función a la infraestructura hasta la administración de los recursos existentes, los factores “Dependientes del paciente” y “Dependientes de la toma de decisiones” obtuvieron respectivamente un 8,3 % y 10%.

Los factores “Dependientes de los familiares de pacientes” y “Dependientes del personal del hospital” apuntaron al 5 % del total de las respuestas, finalmente, los factores “Dependientes de la Universidad” representó el 3,3 % de las respuestas y los “Dependientes de la Relación Médico Paciente” un 1,6 % del total de las respuestas a este segmento.

Se muestra a continuación otros dilemas bioéticos contemplados en el ejercicio quirúrgico, que fueron agrupados en categorías vinculantes para esquematizar el origen de cada uno de ellos.

Gráfico 8



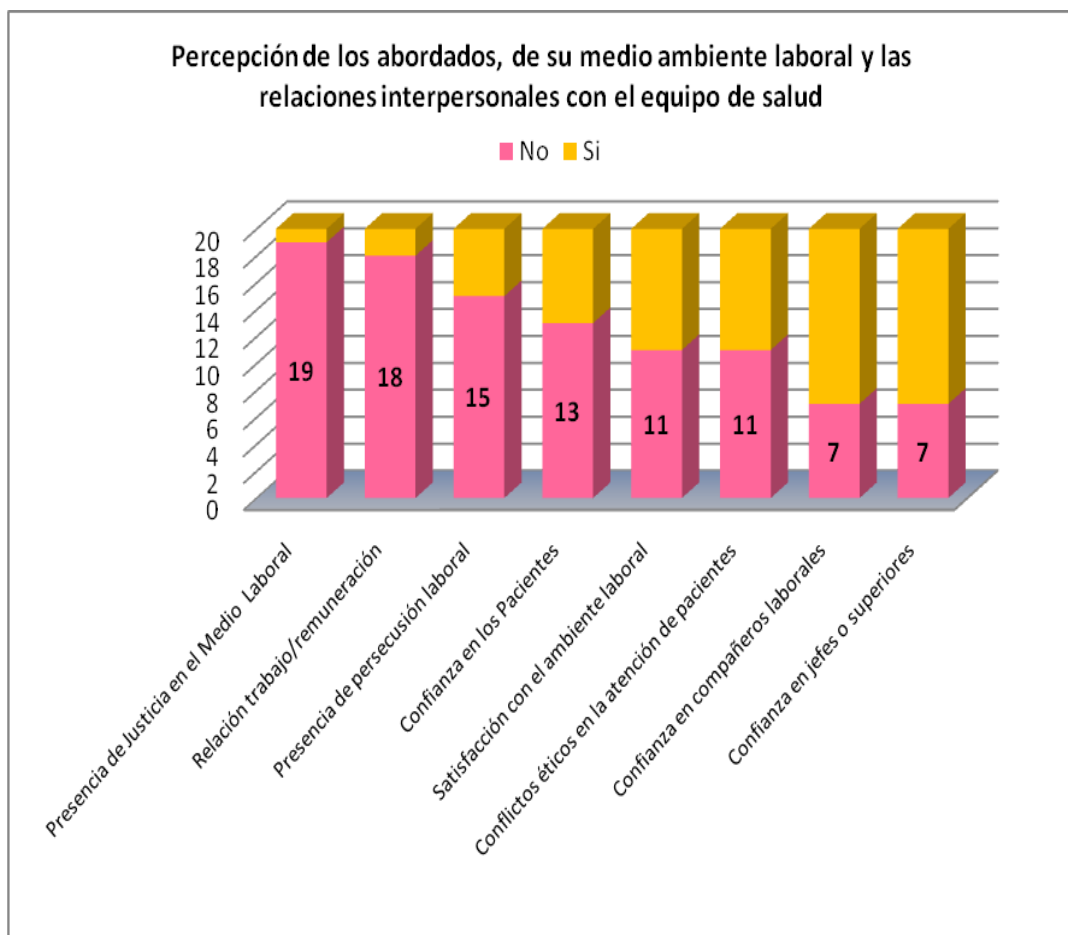
Con la intencionalidad de evaluar la percepción por parte de los abordados del medio ambiente laboral y de sus relaciones interpersonales con sus pares se elaboró una cuarta parte consistente en respuestas dicotómicas.

Responda negativa o afirmativamente las siguientes preguntas:

- 📌 ¿Siente que existe justicia en su medio laboral? 19 No; 1 Sí.
- 📌 ¿Existe relación entre lo que trabaja y su remuneración? 18 No; 2 Sí.
- 📌 ¿Se siente perseguido o acosado en su trabajo? 15 No; 5 Sí.

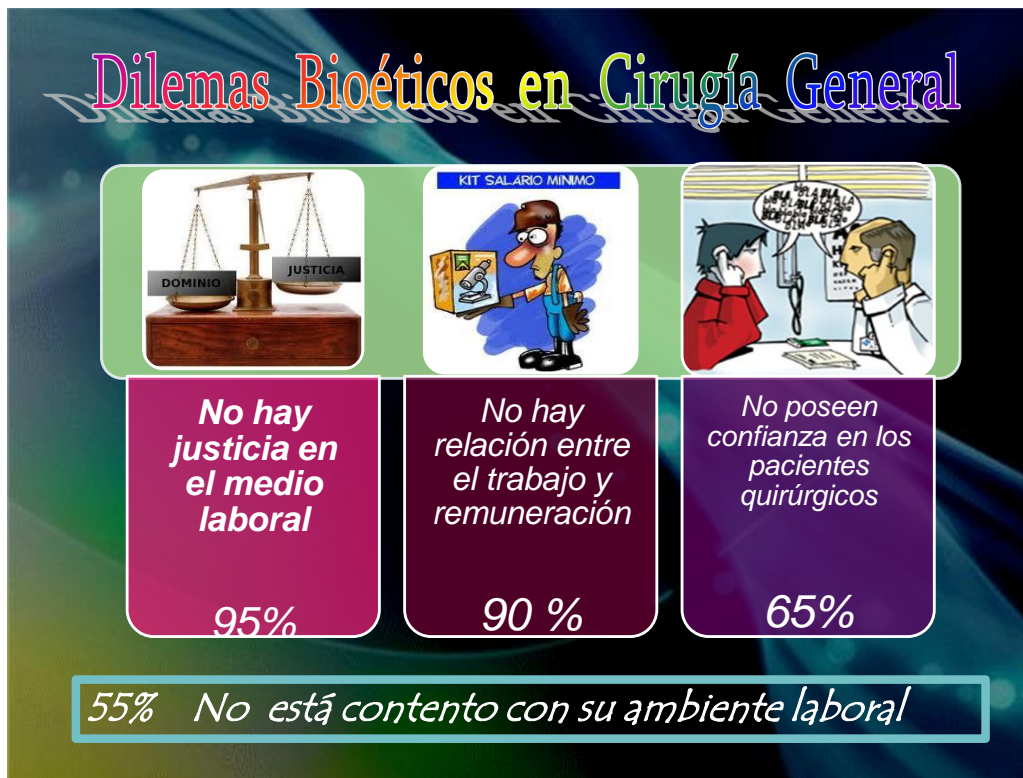
- 🌸 ¿Confía Ud. en los pacientes? 13 No; 7 Sí.
- 🌸 ¿Está contento con su ambiente laboral? 11 No; 9 Sí.
- 🌸 ¿Le crea conflicto moral la atención médica a violadores u homicidas? 11 No; 9 Sí.
- 🌸 ¿Confía Ud. en sus compañeros laborales? 7 No; 13 Sí.
- 🌸 ¿Confía Ud. en sus superiores o jefes? 7 No; 13 Sí.

Gráfico 9



El 95 % de los abordados afirman “No” sentir justicia en su medio laboral, el 90 % afirma no tener relación entre lo que trabajan y la remuneración recibida, sólo el 25 % refiere sentirse perseguido o acosado en su trabajo, el 65 % de los abordados entre cirujanos y residentes de cirugía coincidieron en no poseer confianza hacia los pacientes, el 55 % no está contento en su ambiente laboral, el 45 % de los abordados afirman que la atención médica a violadores y homicidas les crea conflicto moral, el 65 % confía en sus superiores o jefes y el 65 % confía en sus compañeros laborales.

Infograma 8



Fuente: Elaboración Propia.

Es de reflexionar en profundidad que los 19 abordados del estudio no sienten justicia en su medio laboral y por otra parte, que el 65 % de ellos no poseen confianza en el paciente y este dato es de interés sí consideramos que el principio del ejercicio quirúrgico descansa en la máxima de las relaciones humanas, La Relación Médico-Paciente y en la justicia con que ella se desarrolle.

¿Como entonces se puede generar confort en un ambiente laboral considerado injusto y cómo entonces se pueden fortalecer los principios de la relación médico paciente como son transferencia, contratransferencia y *rapport* si no existe confianza en el paciente?. Esperemos que estos y muchos datos considerados por la autora como de interés, sean develados en el transcurso de los próximos seminarios tutoriales.

COMENTARIOS FINALES DE LOS ABORDADOS EN EL MOMENTO CUANTITATIVO:

- 1.- El trabajo en equipo es la solución para superar la mediocridad.
- 2.- Amo la cirugía y la considero la única especialidad que es capaz de resolver la patología de los pacientes.
- 3.- “Carita Feliz”.
- 4.- Es difícil separar el ejercicio médico en general de la situación de nuestro país por lo tanto la “ineficiencia” del sector salud es un reflejo de los grandes problemas que afectan a Venezuela.

- 5.- Gracias por hacer recordar y someternos a reflexión.
- 6.- Mejorar la gerencia hospitalaria y recuperación del postgrado académico asistencial.
- 7.- Todos tenemos responsabilidad en poder cambiar situaciones, es difícil luchar contra la corriente y dejar pasar injusticias.
- 8.- Los factores socio-ambientales que interfieren con la práctica quirúrgica afectan directamente.

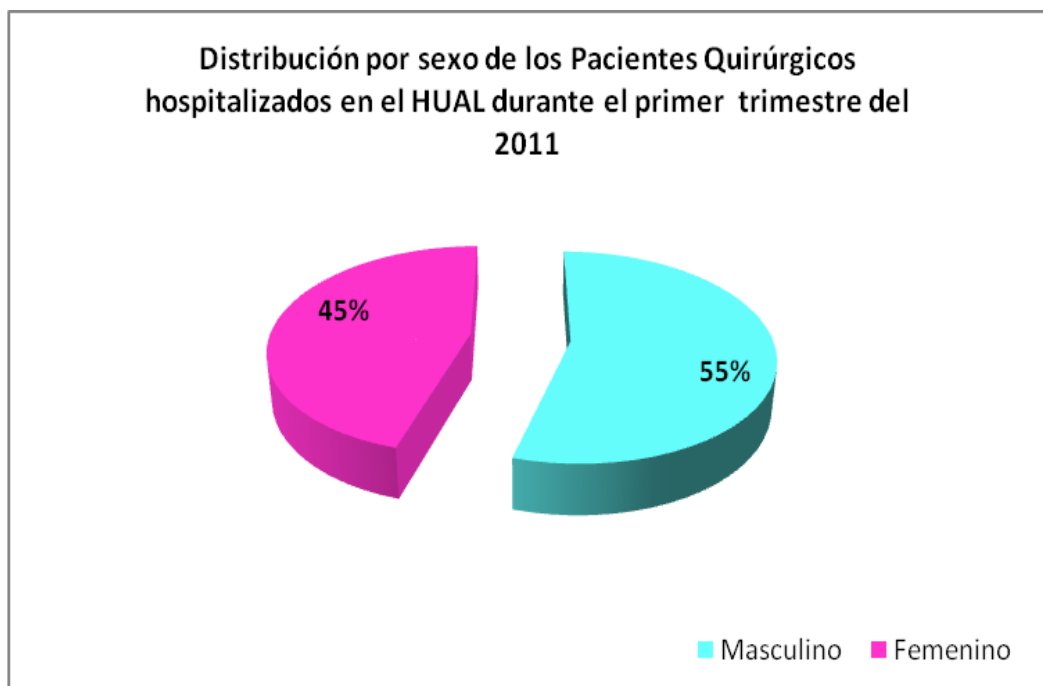
RESULTADOS II

ABORDAJE CIRCUNSTANCIAL CUALITATIVO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HUAL

En este abordaje circunstancial al paciente quirúrgico se exploran a través de entrevistas estructuradas contentivas de 23 preguntas se exploran sentimientos, juicios sobre el acto quirúrgico, expectativas ante la cirugía, elementos generadores de ansiedad, reacciones ante el conocimiento de la necesidad de la cirugía, pensamientos, información recibida por el personal de salud sobre la cirugía, perspectiva de los familiares del paciente quirúrgico, consideración sobre la atención recibida durante el proceso quirúrgico, aportes que pudiesen realizarse en aras de la calidad de la atención, consideración sobre la productividad de la entrevista quirúrgica.

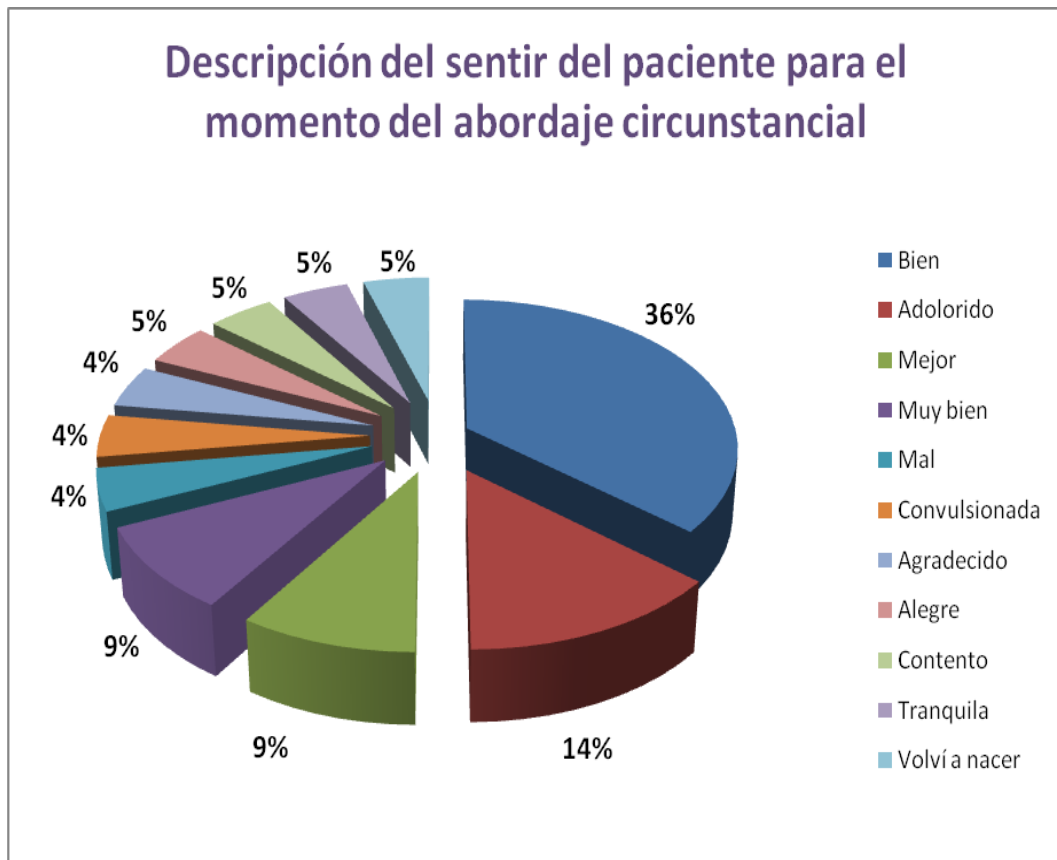
Al realizar el abordaje cualitativo previo consentimiento informado verbal y escrito obtenido por veintidós (22) Pacientes del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” la distribución según el sexo resultó ser la siguiente:

Gráfico 10



Previo consentimiento tanto verbal como escrito, se aplicó la entrevista abierta a los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el HUAL durante el primer trimestre del año 2011 y la primera pregunta versaba sobre como describirían en una sola palabra su sentir actual; las respuestas fueron las siguientes: Bien, mucho mejor, tranquila, muy bien, mejor, adolorida, convulsionado, contento, agradecido, volví a nacer, digamos que alegre, adolorido.

Gráfico 11



Así, se fueron enunciando preguntas de respuestas de evocación corta o de selección simple como a continuación se enuncian:

¿Cuál es el diagnóstico médico-quirúrgico?

- 1.- Tumor de Colon (Tu de Colon Sigmoides)
- 2.- Un tiro que me dieron (Herida por proyectil de arma de fuego paravertebral izquierda lumbar)
- 3.- Infección en el injerto (Infección periprotésica en tutor de fractura abierta grado II de tibia izquierda)

- 4.- Se me salió la colostomía (Colostomía en asa prolapsada)
- 5.- Me hirieron con un pico e' botella (Traumatismo abdominal abierto por arma blanca)
- 6.- Cálculo en el riñón (Nefrolitiasis derecha)
- 7.- Cálculos en los riñones y vejiga (Nefrolitiasis bilateral y litiasis vesical)
- 8.- Un tiro (Traumatismo torácico penetrante por proyectil de arma de fuego)
- 9.- Tumor de muslo izquierdo (Tu de muslo izquierdo)
- 10.- Podopatía diabética izquierda (Podopatía diabética izquierda)
- 11.- Absceso hepático.
- 12.- Cálculo en la vesícula (Litiasis Vesicular)
- 13.- De la vesícula para operarme (Litiasis vesicular)
- 14.- Hemorrágica (Quiste de ovario izquierdo roto)
- 15.- No se sabe (Podopatía diabética izquierda)
- 16.- Dolor en el riñón que no se me quita por litiacis renal (Cólico renal persistente)
- 17.- La apéndice (Apendicitis aguda)
- 18.- Cálculo en la vesícula (Litiasis vesicular)
- 19.- Rectocolitis ulcerosa (Rectocolitis ulcerosa complicada con fístula ano-vaginal)
- 20.- Pancreatitis (Pancreatitis aguda de origen biliar)
- 21.- De la apéndice (Apendicitis aguda: Tu de colon sigmoides)
- 22.- Apendicitis aguda (Quiste de ovario derecho)

Los diagnósticos de ingreso fueron agrupados en función al evento fisiopatológico dominante. Así, se dividieron en: patologías quirúrgicas inflamatorias, neoplásicas, isquémicas, hemorrágicas, traumáticas o como resultado de una reintervención por complicaciones postoperatorias.

Gráfico 12

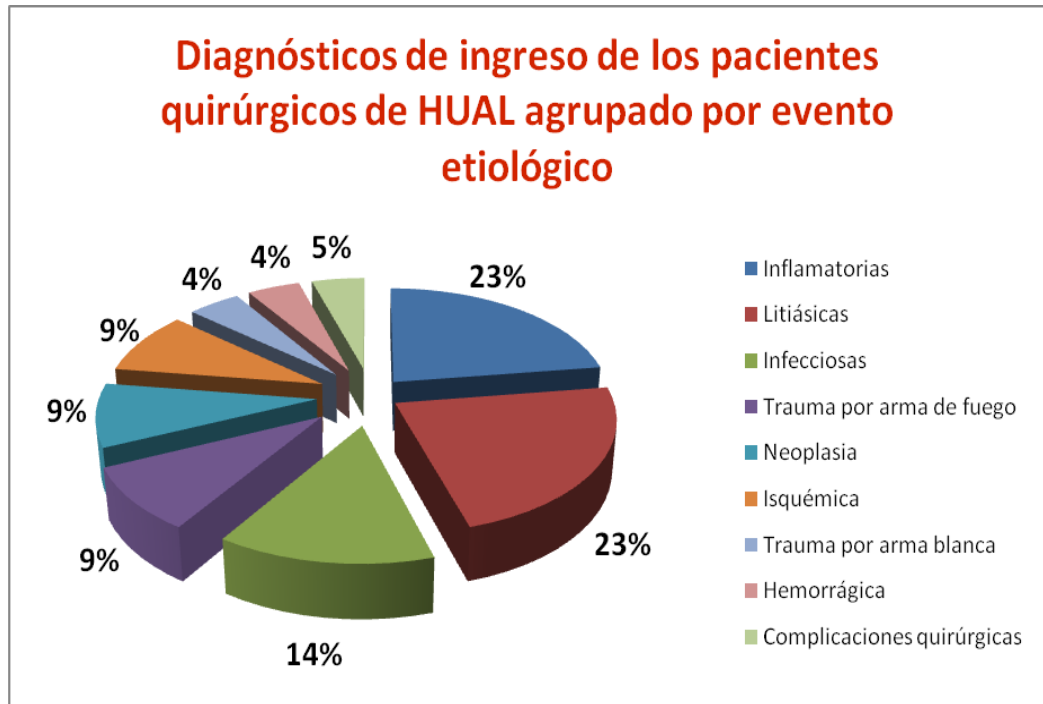
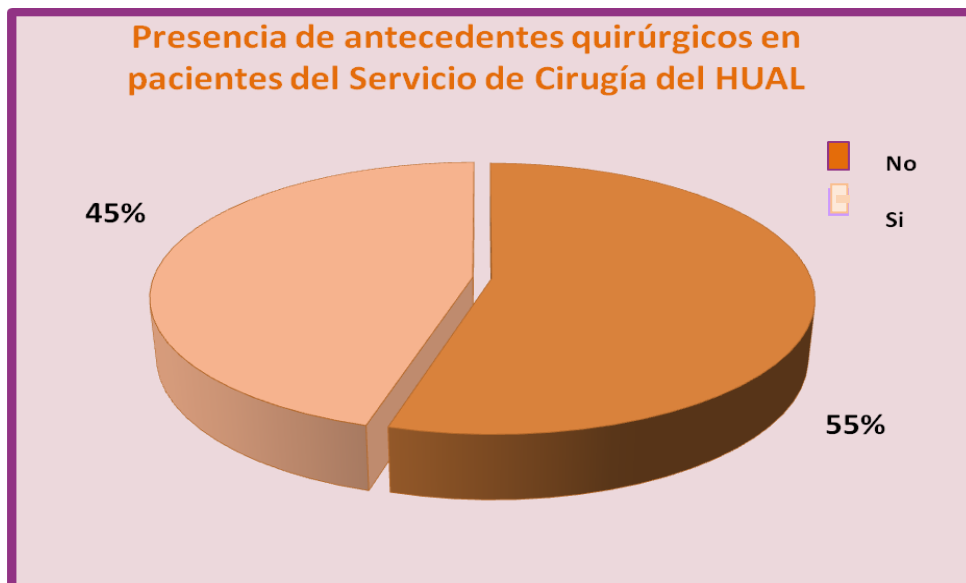


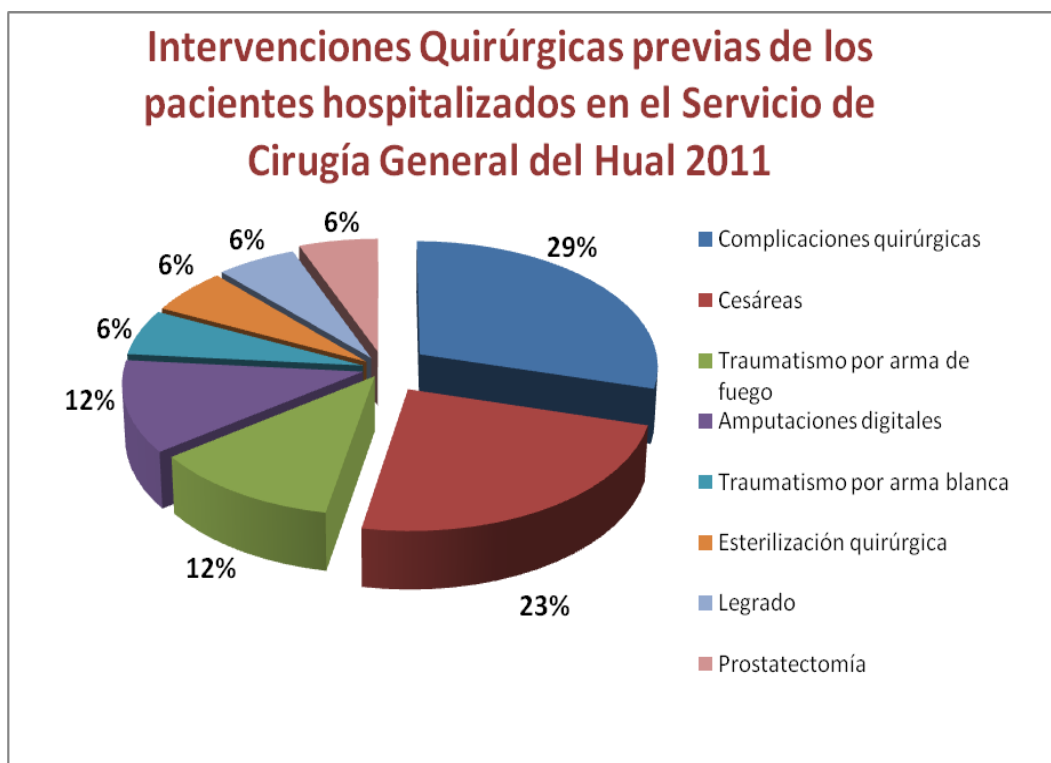
Gráfico 13



La siguiente pregunta fue: ¿Ha sido sometido a cirugías previas? Cuáles?

- 1.- Una cesárea en el 91 y un curetaje en el 90.
- 2.- Cesárea.
- 3.- Si, tengo dos cesáreas y una esterilización.
- 4.- Amputación menor- Pie derecho.
- 5.- Si, una vez; un machetazo en brazo izquierdo.
- 6.- Cuatro veces.
- 7.- Cuando me corté estos dedos.
- 8.- En abril del año pasado y en diciembre.
- 9.- Cinco veces.
- 10.- De la próstata

Gráfico 14



En la siguiente pregunta se resaltan los códigos más relevantes de cada cita.

¿Cuál fue su primera reacción al saber que sería sometido/a a cirugía?

- 1.- Primero y principal, tener fe en Dios, porque los que saben son los doctores.
- 2.- Miedo, porque yo no sé cómo era eso.
- 3.- Me alegré porque cuando me vi el hueso que se me veía el hueso casi me desmayo.
- 4.- Me quería ir escondido porque me puse mal. Me pregunté: ¿Otra vez operación?
- 5.- Primero me mandaron a un CDI (Centro de Diagnóstico Integral), luego me enviaron acá. No supe porque estaba ido.
- 6.- Eso me da un poco de miedo.
- 7.- Yo mismo vine para que me operaran para alcanzar mis metas (Cirugía electiva de nefrolitiasis bilateral y litiasis vesical)
- 8.- Miedo; yo no conocía que era lo que me iban a hacer.
- 9.- Me sentía emocionado.
- 10.- Depresión ya que el derecho pasó por lo mismo (Refiriéndose a la infección del pié derecho).
- 11.- No estaba asustado ni nada. Yo dije: a mi mamá la operaron también.
- 12.- Como decirle.... lo mío era laboral porque con la vesícula como la tengo no podía irme a trabajar; le agradezco mucho al doctor que me operó.
- 13.- Que me dio vómito y dolor y le dije al doctor: ¿Por qué tu no me mandas tratamiento?. Porque esto hay que sacarla me dijo el doctor.
- 14.- Me puse a llorar porque me daba miedo.
- 15.- Me entró una desesperación, por miedo.
- 16.- Mucho susto.
- 17.- Estaba asustada.
- 18.- Todavía estoy nerviosa; no me han operado porque me mandaron a hacer una Colangioresonancia (Estudio para detectar anomalías en vesícula y vías biliares).

19.- Estoy mentalizada de que me tienen que hacer la colostomía; he tenido confianza;

20.- Miedo;

21.- Naguará, me puse a llorar;

22.- Me asusté.

Infograma 9

REACCIÓN DEL PACIENTE ANTE LA CIRUGÍA

Citas	Código	Familias	Proposiciones
1.- Primero y principal, tener fe en Dios, porque los que saben son los doctores. 2.- Miedo; yo no conocía que era lo que me iban a hacer. 3.- Como decirle.... lo mío era laboral porque con la vesícula como la tengo no podía irme a trabajar; le agradezco mucho al doctor que me operó.	Fe en Dios Fe en la Ciencia Incapacidad Agradecimiento	Religión Creencia	Luego del análisis comparativo continuo la
4.- Miedo, porque yo no sé como era eso. 5.- Me sentía emocionado. 6.- Que me dio vómito y dolor y le dije al doctor: ¿Por qué tu no me mandas tratamiento?. Porque esto hay que sacarla me dijo el doctor.	Miedo Desconocimiento Miedo	Saberes	proposición integrada
7.-Me alegré porque cuando me vi el hueco que se me veía el hueso casi me desmayo. 8.-Depresión ya que el derecho pasó por lo mismo (Refiriéndose a la infección del pié derecho). 9.-No estaba asustado ni nada. Yo dije: a mi mamá la operaron también.	Alegría Impresión Depresión Valor Mamá	Alegría Familia Depresión Valor	apunta a que "La reacción del paciente ante la cirugía
10.-Me quería ir escondido porque me puse mal. Me pregunté: ¿Otra vez operación? 11.-Me puse a llorar porque me daba miedo. 12.-Me entró una desesperación, por miedo.	Fuga Llanto Miedo	Evadir	es diversa, desde el miedo a la alegría,
13.-Primero me mandaron a un CDI (Centro de Diagnóstico Integral), luego me enviaron acá. No supe porque estaba ido. 14.-Mucho susto. 15.-Estaba asustada.	Desesperación Inconsciencia Susto	Desesperanza	desde afrontar hasta evadir
16.-Eso me da un poco de miedo. 17.-Todavía estoy nerviosa; no me han operado porque me mandaron a hacer una Colangiorenancia (Estudio de vesícula y vías biliares).	Miedo Nervios	Miedo	y deriva de sus creencias,
18.- Yo mismo vine para que me operaran para alcanzar mis metas (Cirugía electiva de nefrolitiasis bilateral y litiasis vesical) 19.-Estoy mentalizada de que me tienen que hacer la colostomía; he tenido confianza. 20.- Miedo. 21.- Naguará, me puse a llorar. 22.- Me asusté.	Determinación Optimismo Confianza Miedo Llanto Susto	Afrontar	conocimientos, valores, estados de ánimo y entorno familiar".

Fuente: Elaboración Propia.

Se presentan a continuación las citas, códigos y familias en su concepción inicial previo a los análisis comparativos continuos y obtención de la preposición.

Tabla 5
Reacción del Paciente ante la Cirugía

Citas	Código	Familias
1.- Primero y principal, tener fe en Dios, porque los que saben son los doctores. 2.- Miedo; yo no conocía que era lo que me iban a hacer. 3.- Como decirle... lo mío era laboral porque con la vesícula como la tengo no podía irme a trabajar; le agradezco mucho al doctor que me operó.	Fe en Dios Fe en la Ciencia Incapacidad Agradecimiento	Religión Creencia
4.- Miedo, porque yo no sé cómo era eso. 5.- Me sentía emocionado. 6.- Que me dio vómito y dolor y le dije al doctor: ¿Por qué tu no me mandas tratamiento?. Porque esto hay que sacarla me dijo el doctor.	Miedo Desconocimiento Miedo	Saberes
7.-Me alegré porque cuando me vi el hueso que se me veía el hueso casi me desmayo. 8.-Depresión ya que el derecho pasó por lo mismo (Refiriéndose a la infección del pié derecho). 9.-No estaba asustado ni nada. Yo dije: a mi mamá la operaron también.	Alegría Impresión Depresión Valor Mamá	Alegría Familia Depresión Valor
10.-Me quería ir escondido porque me puse mal. Me pregunté: ¿Otra vez operación? 11.-Me puse a llorar porque me daba miedo. 12.-Me entró una desesperación, por miedo.	Fuga Llanto Miedo	Evadir
13.-Primero me mandaron a un CDI (Centro de Diagnóstico Integral), luego me enviaron acá. No supe porque estaba ido. 14.-Mucho susto. 15.-Estaba asustada.	Desesperación Inconsciencia Susto	Desesperanza
16.-Eso me da un poco de miedo. 17.-Todavía estoy nerviosa; no me han operado porque me mandaron a hacer una Colangiorensonancia (Estudio de vesícula y vías biliares).	Miedo Nervios	Miedo
18.- Yo mismo vine para que me operaran para alcanzar mis metas (Cirugía electiva de nefrolitiasis bilateral y litiasis vesical) 19.-Estoy mentalizada de que me tienen que hacer la colostomía; he tenido confianza. 20.- Miedo. 21.- Naguará, me puse a llorar. 22.- Me asusté.	Determinación Optimismo Confianza Miedo Llanto Susto	Afrontar

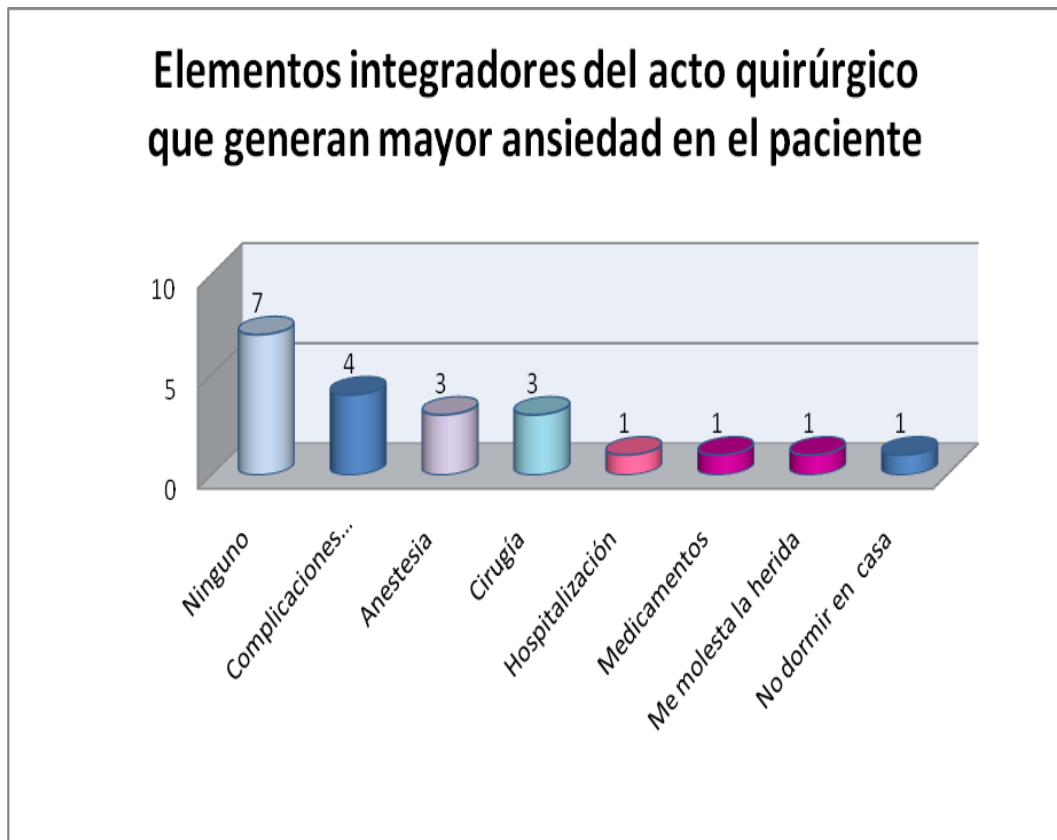
Fuente: Elaboración Propia.

¿Cuál de los siguientes elementos integrantes del acto quirúrgico genera más ansiedad en Ud.?

- a) Anestesia b) Cirugía c) Complicaciones Postoperatorias
d) Hospitalización e) Los medicamentos f) Todos los anteriores

- 1.- El no dormir en casa.
- 2.- Ninguno.
- 3.- Hospitalización.
- 4.- Ninguna de estas opciones.
- 5.- Anestesia.
- 6.- Complicaciones postoperatorias.
- 7.- Complicaciones postoperatorias.
- 8.- Cirugía.
- 9.- Todos los anteriores.
- 10.- Complicaciones postoperatorias.
- 11.- Ninguno. Yo entre al quirófano muy tranquilo por el trato de los médicos.
- 12.- A que me molestará la herida cada vez que me la tocan.
- 13.- Ninguno.
- 14.- Ninguno, porque yo lo que quiero es salir de esto.
- 15.- Anestesia.
- 16.- No tengo miedo a nada de eso.
- 17.- Cirugía.
- 18.- Complicaciones postoperatorias.
- 19.- Los medicamentos y las inyecciones.
- 20.- Anestesia en la columna.
- 21.- Complicaciones intraoperatorias.
- 22.- No tengo miedo en nada; sólo fe en Dios y en la Virgen Santísima.

Gráfico 15



Las respuestas fueron diversas puesto que de los elementos integradores del acto quirúrgico que generaban mayor ansiedad se encontraban las complicaciones postoperatorias, el acto anestésico y la cirugía propiamente dicha. Otros que no se adicionaron a la pregunta incluían la molestia generada por la herida operatoria y el pernoctar fuera del propio hogar.

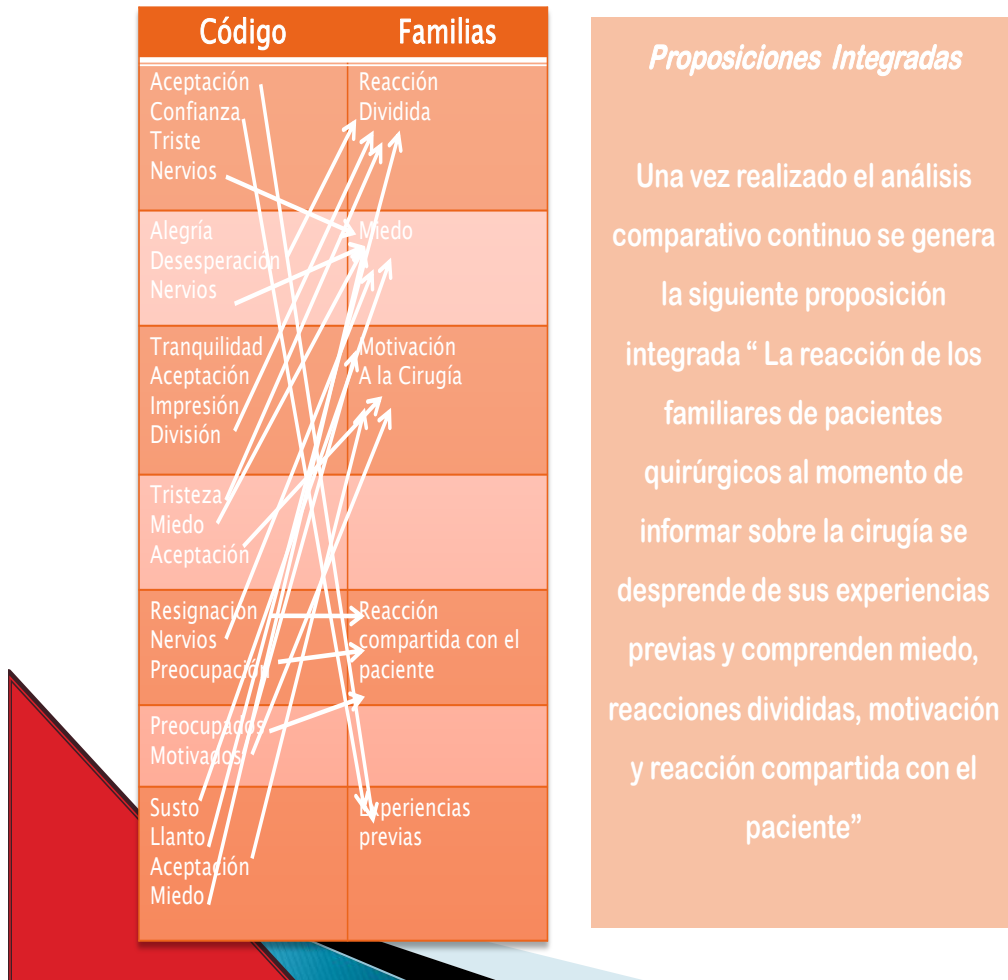
A continuación se realizó una pregunta encaminada a descubrir como reaccionaban los familiares de los pacientes quirúrgicos ante la información de la necesidad de la cirugía.

¿Cuál fue la reacción de sus familiares al enterarse de su diagnóstico?

- 1.- Estaban de acuerdo porque el doctor es conocido desde muy pequeño.
- 2.- Triste y nerviosa estaba mi mamá.
- 3.- Entre nervio y alegría, porque es un paso.
- 4.- No sé; no vi a mi mamá.
- 5.- Fue muy grave; se desesperaron.
- 6.- Nervios y a la vez tranquilidad ya que es para mejorar.
- 7.- Ellos quieren que me operen para salir rápido de esto.
- 8.- Muy impresionados al igual que mis amigos.
- 9.- Fue dividida porque unos pensaban en enfermedades mundanas como sífilis y gonorrea y otros pensaban que tenía algo maligno.
- 10.- Tristeza pues, un tipo como yo, ágil..... yo me muevo y trabajo.
- 11.- Le daba miedo a mi familia.
- 12.- Les daba más miedo que trabajando me diera el dolor.
- 13.- Mi mamá me dijo: ¿Cómo te vas a operar? Bueno si es para tu bien, que se va a hacer.
- 14.- Todos estaban nerviosos...estaban como preocupados.
- 15.- Estaban pendientes y preocupados.
- 16.- Ellos querían que me operaran y aquí en el hospital.
- 17.- La misma mía, de susto.
- 18.- Están asustados (Rompió a llorar); yo ya estoy muy mayor y nunca yo no me había enfermado sino de gripe.
- 19.- Ya están todos programados para que me opere; ya que esta operación ha debido hacerse hace tiempo (Fístula ano-vaginal secundaria rectocolitis ulcerosa).
- 20.- Miedo también; 21.- Se pusieron a llorar igual y mi mamá.
- 22.- Mi mamá se asustó porque ella si sabe lo que es pasar por cirugías.

Infograma 10

REACCIÓN DE LOS FAMILIARES ANTE LA CIRUGÍA



Fuente: Elaboración Propia.

Las respuestas obtenidas derivaron a un análisis comparativo continuo que produjo una proposición integrada que refleja la percepción general de los familiares de los pacientes quirúrgicos al momento de ser informados sobre la necesidad de la cirugía.

¿Qué piensa Ud. de la enfermedad?

- 1.- Ya yo sabía que era normal; algo sencillo.
- 2.- Que son cosas de Dios.
- 3.- Fue una sorpresa para mí.
- 4.- No me gustaría que nadie sufriera esta enfermedad; la gente debe tratar sus nervios para no enfermar.
- 5.- Que son cosas de la vida.
- 6.- Que es peligrosa porque es silenciosa (refiriéndose a la apendicitis aguda)
- 7.- Horrible; esta enfermedad fue para mí una pesadilla y ahorita siento que estoy naciendo de nuevo.
- 8.- Es primera vez que me da.
- 9.- No sabía que la tenía; siempre quería ir al médico y agarraba el dinero para otra cosa (refiriéndose al quiste de ovario).
- 10.- No, que tenemos que pasar por esto. Somos seres humanos.
- 11.- El único temorcito es que mi familia por herencia tiene cáncer de vesícula.
- 12.- Tengo mente positiva porque yo lo que quiero es curarme.
- 13.- Ya esto me sucedió y ya lo estoy olvidando; quiero tranquilidad.
- 14.- Bueno, yo mismo pensé, la mente en blanco al principio y luego yo llegué a la conclusión de que yo me inyectaba en el muslo Diclofenac más Complejo B (buscando la causa del tumor que apareció en su muslo)
- 15.- Es lo más horrible que le puede pasar a un ser humano.
- 16.- Que quiero salir de eso porque me frena para trabajar.
- 17.- Pienso que me lo produjo la comida; siempre me pregunto que lo produjo (refiriéndose al cálculo renal derecho).
- 18.- Fue por estar rumbeando mucho (el disparo), por porfiado; fue en una fiesta para robarme la moto.
- 19.- Me puse mal porque me rajaron parte de mi cuerpo (en alusión a la cirugía).
- 20.- Pienso que es un proceso de la vida y algo más que superar.

21.- Ay doctora, primera vez que esto pasa; estaba jugando en el porche baraja y escuché unos tiros y me dieron a mí.

22.- Para mí es una cosa rara porque yo evacuaba bien y me salía una chispita de sangre y un día evacué negro (ahí empezó a estudiarse el tumor de colon sigmoides).

¿Qué piensa Ud. de la cirugía?

1.- Me operan y más nada.

2.- Naguará, yo no quería que me pasara.

3.- Me imagino que todo salió bien; gracias a Dios no tendré el hueco (refiriéndose al defecto cutáneo secundario a la infección de piel).

4.- Que me operen rápido para irme.

5.- Bastante mejor estoy, gracias a los doctores y al hospital porque me devolvieron la vida.

6.- Que si está bien, que se haga.

7.- No pienso nada malo mientras no me saquen mis riñones.

8.- La considero positiva porque es el diagnóstico de un profesional y tenemos que tomarlo como lo mejor para el paciente.

9.- Que la necesito.

10.- Sinceramente las amputaciones me dan una tristeza grande.

11.- Si es para mejorarme, yo estoy en sus manos.

12.- Muy bien, que me operen muy rápido.

13.- Que hay que hacerla porque hay que sacar a la vesícula de allí.

14.- Me duele; estaba nerviosa, asustada y recé para que todo saliera bien y luego me quedé dormida.

15.- Sin comentarios.

16.- Magnífico; es un medio para salvar vida.

17.- Muy bonita me quedó, de verdad que sí.

18.- Que yo no sé nada de eso; ponga lo que Ud. quiera (refiriéndose a la respuesta).

19.- Tengo muchas expectativas buenas y bonitas puestas en la cirugía ya que tendré una nueva oportunidad (el esposo se divorcia de ella por la fístula ano-vaginal).

20.- Que es bueno para no tener más peligro.

21.- Que me ayudó bastante porque si no me hubiesen visto en la emergencia estuviese peor.

22.- Estaba asustada; si era una raja grande y quería saber si mamá iba a estar conmigo.

Infograma 11

CONCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA POR EL PACIENTE QUIRÚRGICO



Fuente: Elaboración Propia.

¿Ha sido informado sobre su patología quirúrgica? ¿Quién le informó?

- 1.- Sí, desde un principio le habían dicho que era apendicitis.
- 2.- No, me revisaron y examinaron pero más nada.
- 3.- El doctor a mí no me habló, le habló fue a mi mamá.
- 4.- Sí, todos los doctores que me han tratado.
- 5.- Todavía estamos esperando el resultado (del estudio colangiografía para estudiar las vías biliares y la vesícula).
- 6.- Sí, todos los médicos que estuvieron de guardia desde el martes 01/03/2011 al Jueves 03/03/2011.
- 7.- Sí; siempre a diario uno ve a la gente operándose; el doctor que me fue a operar me dijo, su nombre no me acuerdo.
- 8.- Sin respuesta.
- 9.- Sí, el doctor que me operó.... uno alto, calvito, de lentes, fue cuando yo llegué aquí y él me dijo eso, que me iban a operar.
- 10.- Sí, los médicos que yo los escucho hablar allí.
- 11.- Sí fui informado; yo fui referido de un seguro de Naguanagua. Los profesionales están atentos a lo que están haciendo.
- 12.- Sí, el médico cuando me hicieron ese poco de placas; lo que no sabía es que estaba tan avanzado y como todo fue de emergencia, no me asusté.
- 13.- Sí, el doctor explicó todo lo que me iban a hacer.
- 14.- No he sido informado porque estoy esperando una biopsia, 18 días esperando biopsia; a los 28 días fue que me di cuenta de que pertenecía al grupo 2. Me doy cuenta que le he quitado 11 camas a pacientes en mis 34 días de hospitalización.
- 15.- Sí y me informaron para que era, el médico del momento.
- 16.- Sí, un estudio que me hice (a través del ecosonograma) y yo he botado cálculos, entonces el doctor me mandó a hacer una UroTAC.
- 17.- Más o menos, porque en sí, en sí, no dan diagnóstico; en la TAC dicen que el riñón izquierdo está bueno y los doctores me dicen que está malo.

18.- Sí, un doctor catire que creo que es profesor; es muy bueno; aquí ha venido con las pasantes.

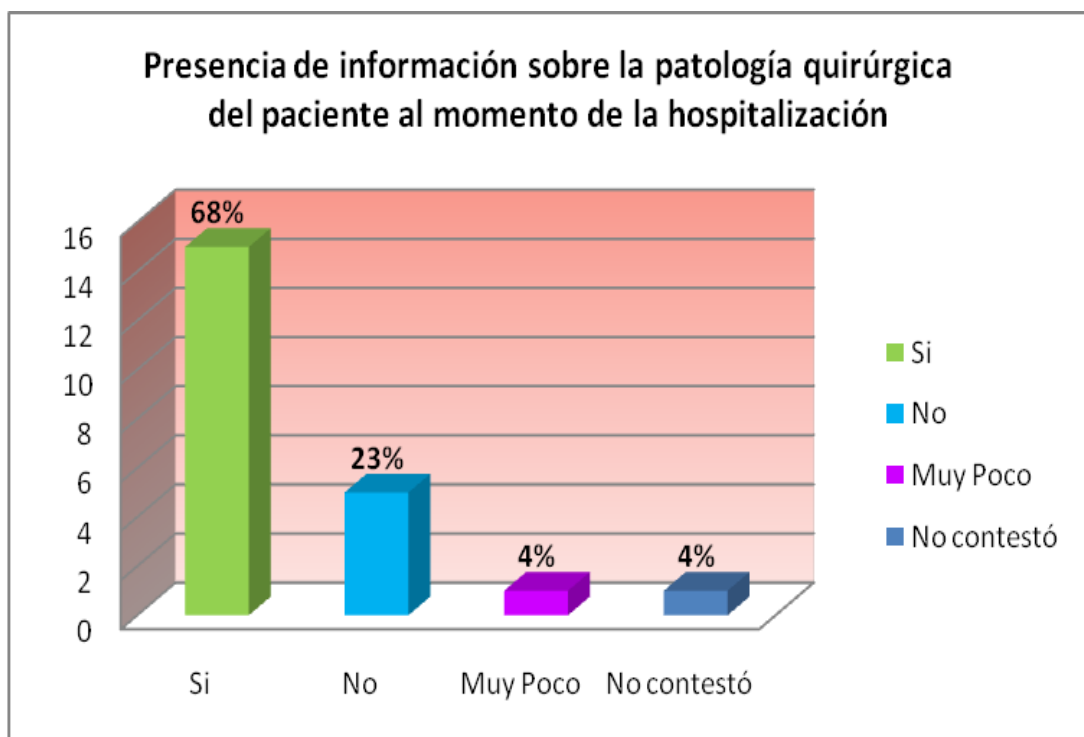
19.- Sí, me van a volver a abrir para construirla (en referencia a la colostomía prolapsada).

20.- Sí, el cirujano plástico.

21.- Me dijeron que me tenía que operar en la CHET y me refirieron porque no habían anestésicos.

22.- No me han informado porque no me han dicho si es de operación o no es de operación (presenta el diagnóstico de tumor de colon sigmoides en estudio).

Gráfico 16



La información ofrecida al paciente del servicio de cirugía general referente a la patología quirúrgica al momento del ingreso hospitalario estuvo presente en el 68% de los abordados. De esta manera, el 32% de los pacientes no fueron informados sobre su diagnóstico o la información otorgada resultó insuficiente.

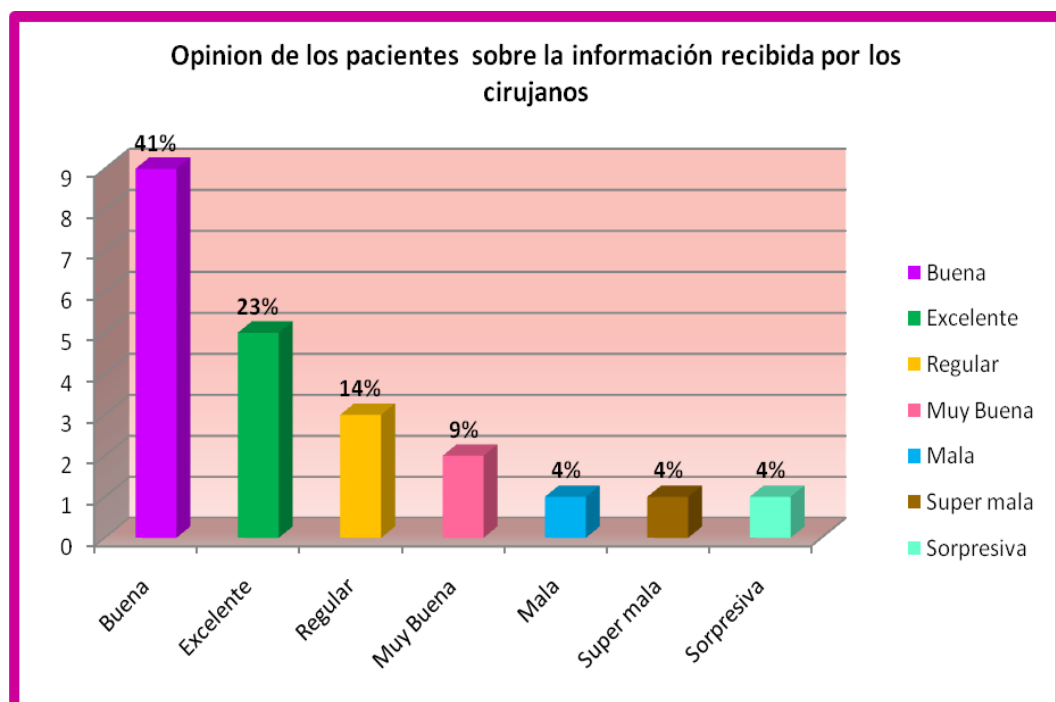
La información recibida de los cirujanos para usted sobre su diagnóstico ha

sido: a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Inexistente

Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

- 1.- Buena y completa; aunque en los cambios de guardia los médicos dudaban.
- 2.- Buena, después del ingreso.
- 3.- Sorpresiva
- 4.- Buena porque ellos estaban dudando.
- 5.- Regular; ellos me están diciendo los estudios que me han hecho.
- 6.- Super mala; malísima.
- 7.- Mala; recibí una patada de un médico porque me dijeron que no me iban a recibir.

Gráfico 17

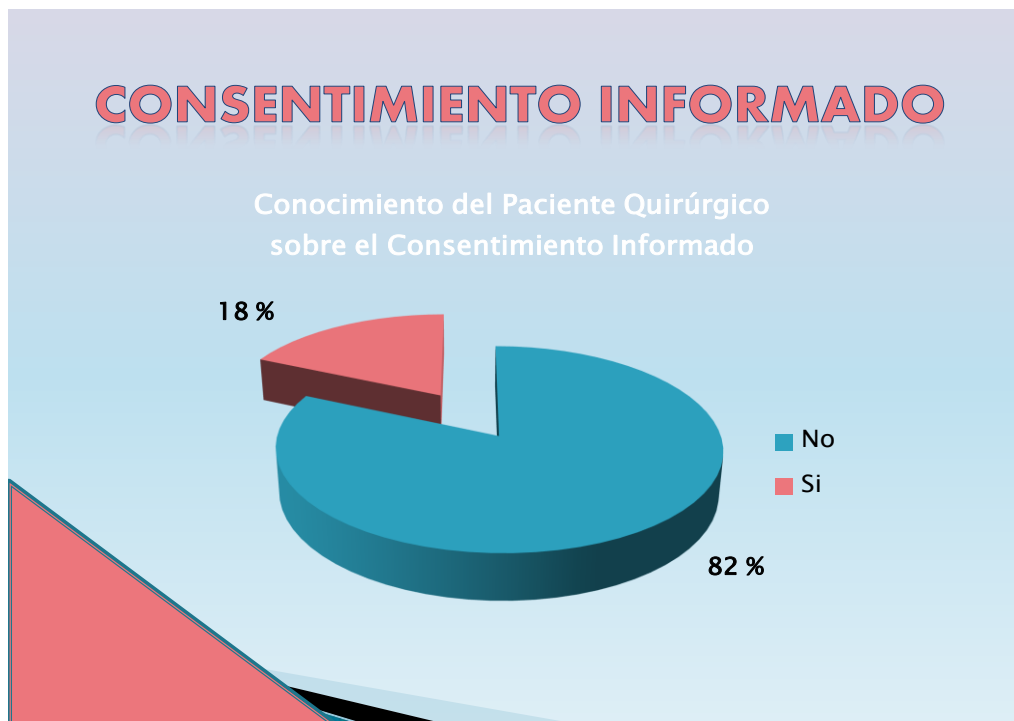


¿Ha firmado El Consentimiento Informado sobre la cirugía y el postoperatorio?

Algunas de las respuestas compuestas se plasman a continuación:

- 1.- Sí, la primera vez que me la iban a hacer; que consta que yo sé lo que me iban a hacer.
- 2.- Si, yo y mi esposo
- 3.- Yo no firmé nada
- 4.- Si, me enteré de todo lo que me iba a hacer
- 5.- Hasta el momento no he firmado sino la historia
- 6.- No, yo no he firmado nada
- 7.- No, porque era de emergencia

Gráfico 18

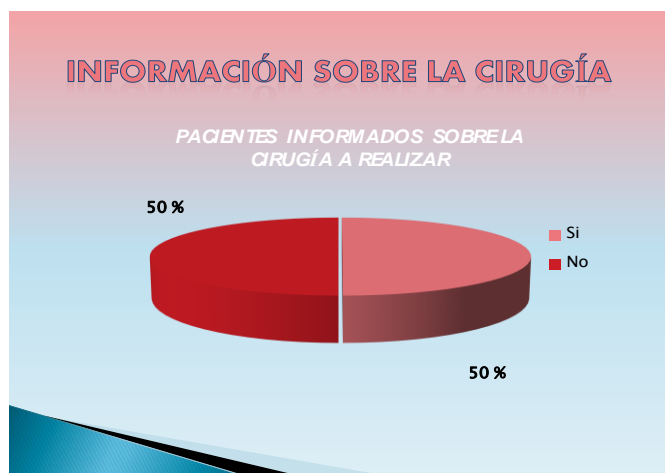


¿Ha sido informado sobre la cirugía a realizar? ¿Quién le informó?

Las respuestas compuestas fueron las siguientes:

- 1.- No, porque en ningún momento se los leyeron
- 2.- Ese mismo día el doctor, uno gordito de lentes
- 3.- No, se lo informaron a mi mamá
- 4.- No, todavía no he recibido la información
- 5.- Si, el cirujano y la doctora que me operó ayer
- 6.- Si, el cirujano que me operó; por allí tengo el nombre
- 7.- Si, el doctor. Apenas yo llegué y me preguntó que más sentía y vio el eco y me operaron; me dijo que tenía un quiste que rompió y había que sacar la sangre
- 8.- Si, el médico tratante
- 9.- Sí, los mismos médicos
- 10.- Si, el doctor tratante
- 11.- Bueno han comentado algo allí pero entre ellos
- 12.- No aun
- 13.- Si, unos médicos que vinieron en estos días me dijeron que me iban a abrir y me iban a sacar unos cálculos
- 14.- Si, los médicos al llegar
- 15.- Sí, los doctores
- 16.- Si, el doctor que me trató

Gráfico 19



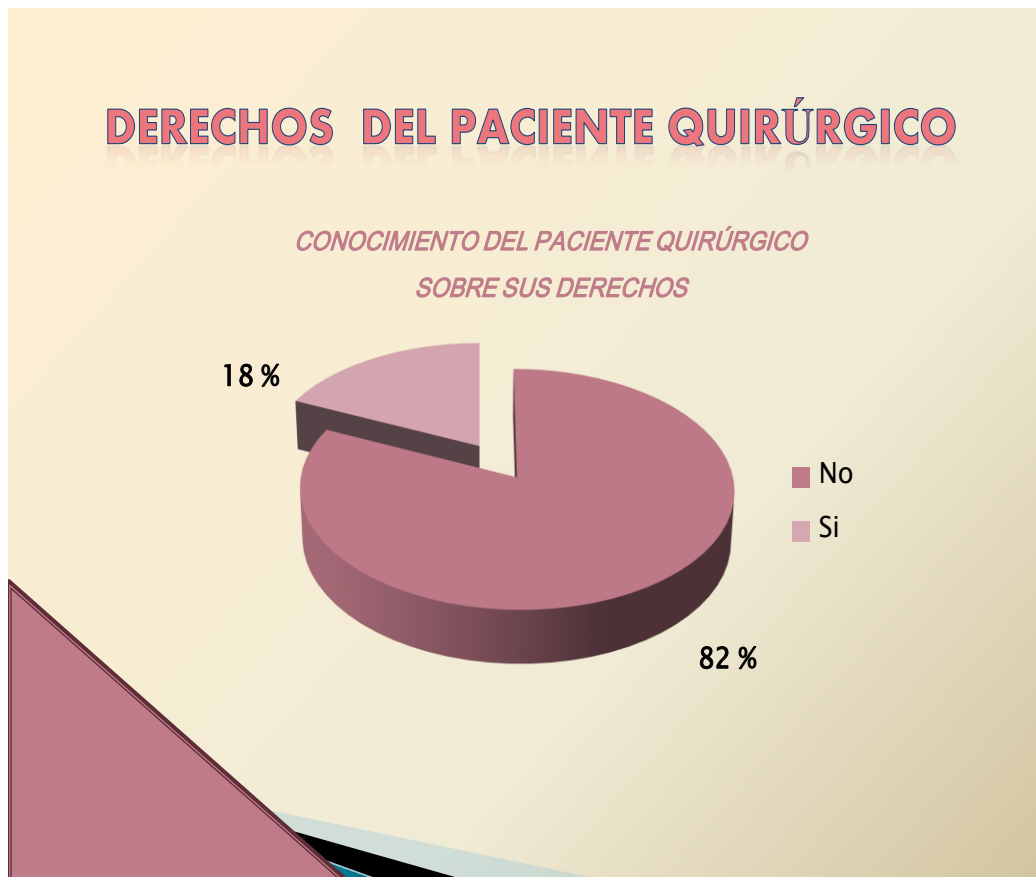
¿Ha sido informado sobre la evolución postoperatoria esperada? ¿Quién le informó?

- 1.- A mi no me informaron; a mi mamá sí.
- 2.- No
- 3.- No
- 4.- No me hablaron sobre eso; yo cuando llegué aquí no sabía nada.
- 5.- Sí, los mismos médicos
- 6.- No, no me habían informado
- 7.- No, pero yo sé más o menos como es eso ya.
- 8.- Si, el médico
- 9.- No
- 10.- Si
- 11.- Si, la misma doctora.....una bajita ella
- 12.- No
- 13.- No
- 14.- No
- 15.- No
- 16.- Si, el mismo doctor que estuvo muy pendiente informándome a mí y a mis familiares
- 17.- No
- 18.- Si, posibilidad de que me quede con la colostomía para siempre o que la fístula vuelva a abrir; el doctor me dijo.
- 19.- No, aún no
- 20.- Si, me dijeron... el doctor, el que me operó; no me acuerdo, el que estaba hace ratito aquí.
- 21.- Sí, porque mamá me dijo
- 22.- No.

¿Conoces tus derechos como paciente quirúrgico? Las respuestas compuestas fueron las siguientes:

- 1.- No sé que es
- 2.- Claro, tengo derecho a que si no me quiero poner esto (el medicamento) no me lo ponen; si quiero pregunto.
- 3.- No.... Bueno el derecho a la vida, a que nos atiendan
- 4.- Cómo no; me han atendido bien
- 5.- Digamos que sí; bueno, acatar normas, hacer seguimiento a los medicamentos y a las dietas
- 6.- No. Cómo así?
- 7.- Sí, pero no abuso; bueno, no sé mucho.

Gráfico 20



¿Conoces tus deberes como paciente quirúrgico?

Las respuestas afirmativas o negativas compuestas fueron las siguientes:

- 1.- Hacerle caso a los médicos
- 2.- No, nadie me ha dicho nada de eso y ya tengo tres meses en el hospital
- 3.- Sí. No ser contestón a los enfermos; dejarme poner los medicamentos
- 4.- Sí, ya estoy más maduro de lo que tengo que hacer
- 5.- Por lo menos comportarse
- 6.- Cómo no.... Me han dado mis medicinas y mis remedios
- 7.- No tengo porque yo no sé a quién voy a rendir deberes
- 8.- Cumplir con las normas de aquí
- 9.- Si, que si uno se siente mal debe llamar rápido al médico y explicar cómo se siente después de la operación.
- 10.- Sí, mantener la higiene; comportarme bien; colaborar con las personas que me están ayudando

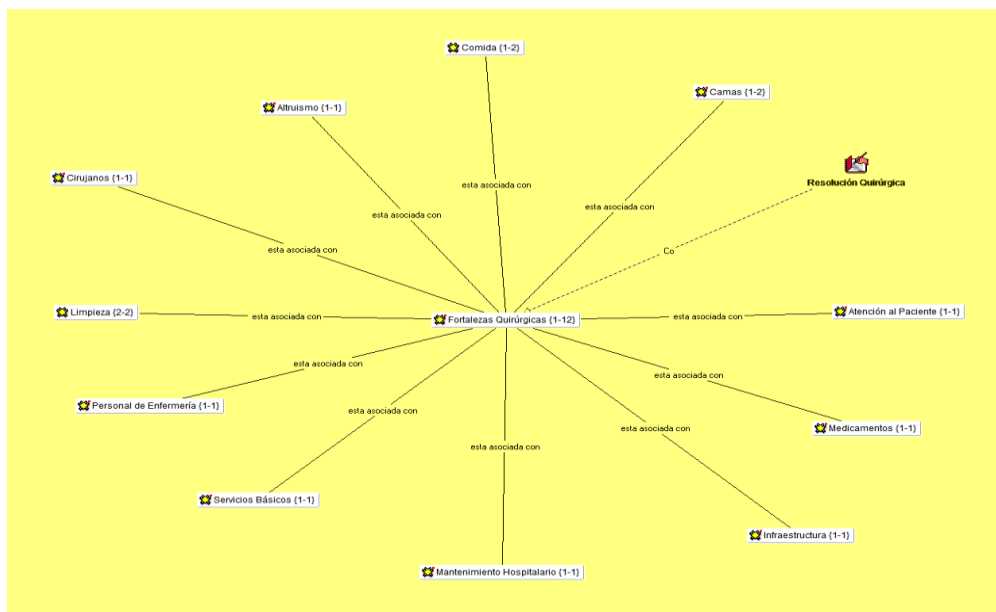
Menciona las fortalezas que consideras tiene el Servicio de Cirugía General.

- 1.- Todo; el trato de los doctores con los pacientes
- 2.- Todo; la comida y las camas; todo está muy bonito
- 3.- Que atienden bien; no he tenido quejas
- 4.- Todo, la atención médica como de las enfermeras y el personal obrero
- 5.- La atención
- 6.- Todo es muy, muy bueno; no nos quejamos
- 7.- No tengo nada que decir, todo es bueno. Todo lo que hacen mis hijos es bueno.
- 8.- Lo bonito del hospital.... El mantenimiento del hospital es excelente.
- 9.- Lo veo todo bien. El hospital parece una clínica; bueno, mejor que una clínica porque no te quitan real
- 10.- Enfermería y el servicio son buenos; comprenden en el hospital al paciente.
- 11.- Todo es bueno, buenas camas. El trato de enfermería es bueno.
- 12.- Todo.

- 13.- La limpieza, todo está bien aseadito; el personal es excelente
- 14.- Que puedo pararme sobre mis pies (no podía pararme); no podía sentarme y tenía la pierna en una posición. Me han dado mis medicamentos.
- 15.- Superclínica. Me gusta todo el personal y como me atienden.
- 16.- Es maravilloso, para mí es lo mejor; ha salvado muchas vidas y las que falta por salvar.
- 17.- Bueno no sé. Me han atendido bien y cuando me iban a pasar a quirófano también; a mí no me trataron mal; eran unas muchachas y me chalequearon y que todo saldría bien.
- 18.- Bueno me han atendido bien, la comida, la dieta, la limpieza, los medicamentos... no me han pedido nada hasta ahora.
- 19.- Los medicamentos. Hay de todo.
- 20.- Yo no lo veo mal. Lo del agua, sólo hay en la noche.
- 21.- Los cirujanos
- 22.- Que atienden a uno bien

Red Semántica 1

Fortalezas del servicio de Cirugía General del HUAL consideradas desde la perspectiva del paciente quirúrgico



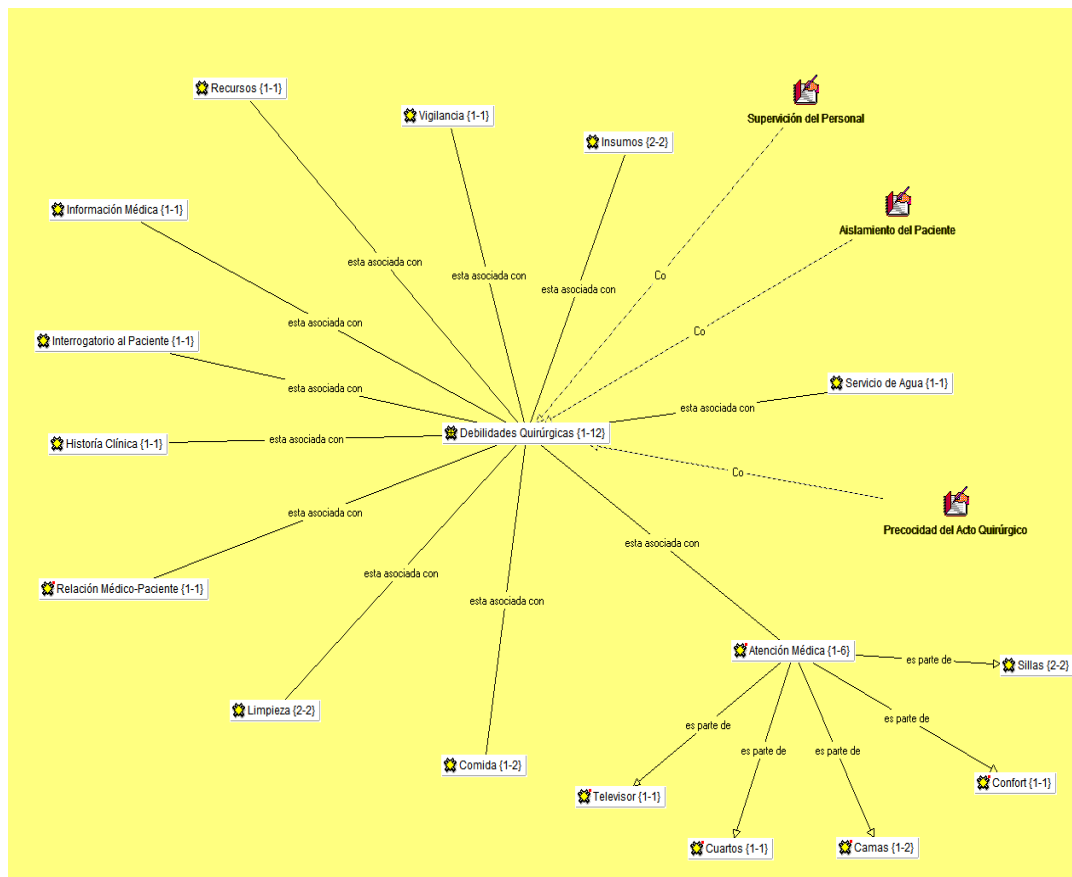
Menciona las debilidades que consideras tiene el Servicio de Cirugía General.

- 1.- Ya casi no hay insumos para atendernos; pero bueno eso se escapa de las manos de Uds.
- 2.- No sé; ninguna
- 3.- No sé; no he tenido quejas
- 4.- El servicio del agua me gustaría reforzar
- 5.- Nada malo
- 6.- Un médico dijo que primero iba otra paciente antes que yo sin decirme el por qué... que se opere rápido al paciente porque se puede complicar
- 7.- Sin comentario
- 8.- Lo único que fue un obstáculo es la parte de la vigilancia
- 9.- Nada, no hay nada malo
- 10.- Que mejorara la limpieza después de las curas porque queda mucho sucio en el piso
- 11.- La limpieza falta un poco. Falta de privacidad porque cuando me limpian un compañero huele mal
- 12.- Todo, porque todo siempre puede mejorar
- 13.- La comida no me gusta
- 14.- Ser un poquito más atento a los pacientes porque a veces uno llama y no vienen.
- 15.- Que a veces los médicos andan ocupados y no tienen tiempo para uno
- 16.- Que hay que pelear por una silla. El agua falla en la mañana
- 17.- La mayor debilidad es que faltó interrogar más en el ingreso sobre mi enfermedad; hacer seguimiento al personal porque hay personal malo-
- 18.- El agua viene a las 6:00 a.m. y se va a las 9:00 a.m. y esas pocetas se ponen feas.
- 19.- Un televisor en el cuarto
- 20.- Haría falta más camas, más cuartos... de enfermeros está bien. Más doctores y doctoras.

- 21.- Que bajen los recursos que necesitan para que ustedes lo traten a uno bien
 22.- Un poco más de humanidad en el trato con los residentes o las enfermeras....
 mucha apatía: “siempre están muy ocupados para darle información a uno”...
 igual la enfermera.

Red Semántica 2

Debilidades del Servicio de Cirugía General del HUAL consideradas desde la perspectiva del Paciente Quirúrgico



¿Qué cambios quisieras realizar a tu consideración en la atención al paciente quirúrgico, de ser necesario?

- 1.- Que tengan más material para que nos atiendan mejor
- 2.- Ninguna; todo es muy bueno.

- 3.- No.
- 4.- Ninguno, ya que médicos y enfermeras están pendientes de los pacientes
- 5.- Eso fue anoche, una enfermera que dijo que ella no sabía acomodar una bolsa de colostomía y fue a buscar a la doctora
- 6.- Más comunicación de parte de los médicos hacia el paciente; más acercamiento del médico al paciente.
- 7.- Que los atiendan como debe de ser, sobre todo en los alimentos. Yo veo la comida que puedo comer.
- 8.- Un poquito más de diálogo; hay dos doctores que son muy secos.
- 9.- Bien me atienden, no hay nada que mejorar
- 10.- Yo lo veo todo bien
- 11.- No hay cambios que hacer; agotar los recursos diagnósticos antes de amputar
- 12.- Creo que todo está bien
- 13.- Los que me atienden a mí, me han atendido excelentemente bien
- 14.- El trato humano de los médicos residentes a los pacientes; compartir el problema del paciente. Compenetrarse con el paciente no sólo ver la historia... dejar la apatía. Cuando la enfermera uno le dice que tiene un dolor, llama al médico y ellos están en su revista y no tienen tiempo para atenderlo a uno.
- 15.- A mi me trataron tan bien tanto los doctores como enfermeros que no se decir nada malo de ellos.
- 16.- No se de verdad porque no tengo quejas; a mí me trataron bien y no veo que trataron mal a nadie.
- 17.- Cambiar porque es muy importante; el buen trato humano para que el paciente se sienta cómodo. Hacer curso de sensibilidad al personal.
- 18.- Sí, un poco más de atención. Debe haber un apoyo de los camilleros para ayudar.
- 19.- La verdad es que yo lo he visto todo bien aquí; los médicos pasan su revista y las enfermeras vienen en la madrugada. También deben sacar los casos rápido para que puedan utilizar la cama para otros pacientes.
- 20.- Más apoyo del gobierno para que se superen.

21.- No hay cambios.

22.- Ninguno.

La siguiente pregunta se destinó a conocer como se evaluaba el trabajo del equipo médico en el servicio de cirugía general. El enunciado es:

El trabajo de Médicos Residentes de Cirugía General y Adjuntos del Servicio es: a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo

1.- Excelente

2.- Maravilloso

3.- Excelente

4.- Excelente

5.- Excelente

6.- Excelente, a pesar de los inconvenientes

7.- Bueno, hasta los de la ambulancia

8.- Excelente

9.- Bien, bueno

10.- Excelente

11.- Excelente

12.- Bueno, bien

13.- Excelente, ejemplar

14.- Pésimo; super pésimo

15.- Excelente. Para mí es excelente; aquí se muere el que se va a morir; aquí no dejan morir a nadie.

16.- Excelente

17.- Excelente

18.- Excelente

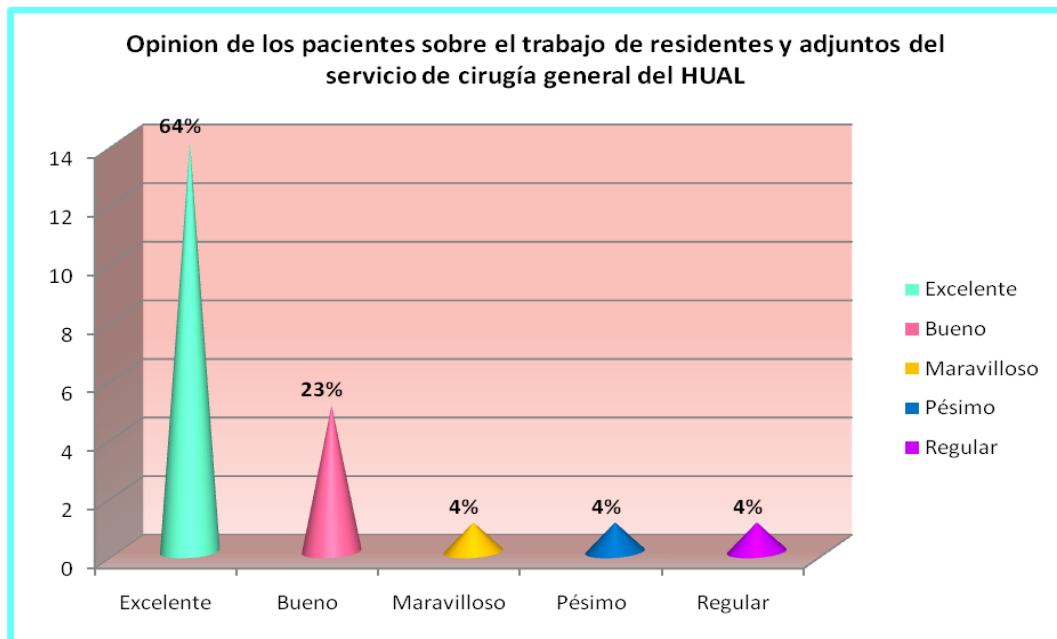
19.- Bueno

20.- Excelente. Los cirujanos todos lo tratan a uno bien.

21.- Regular, porque unos dicen una cosa y otros dicen otra.

22.- Bueno

Gráfico 21



La siguiente pregunta tenía la intencionalidad de explorar la percepción del paciente sobre el trabajo del equipo de enfermería de cirugía general.

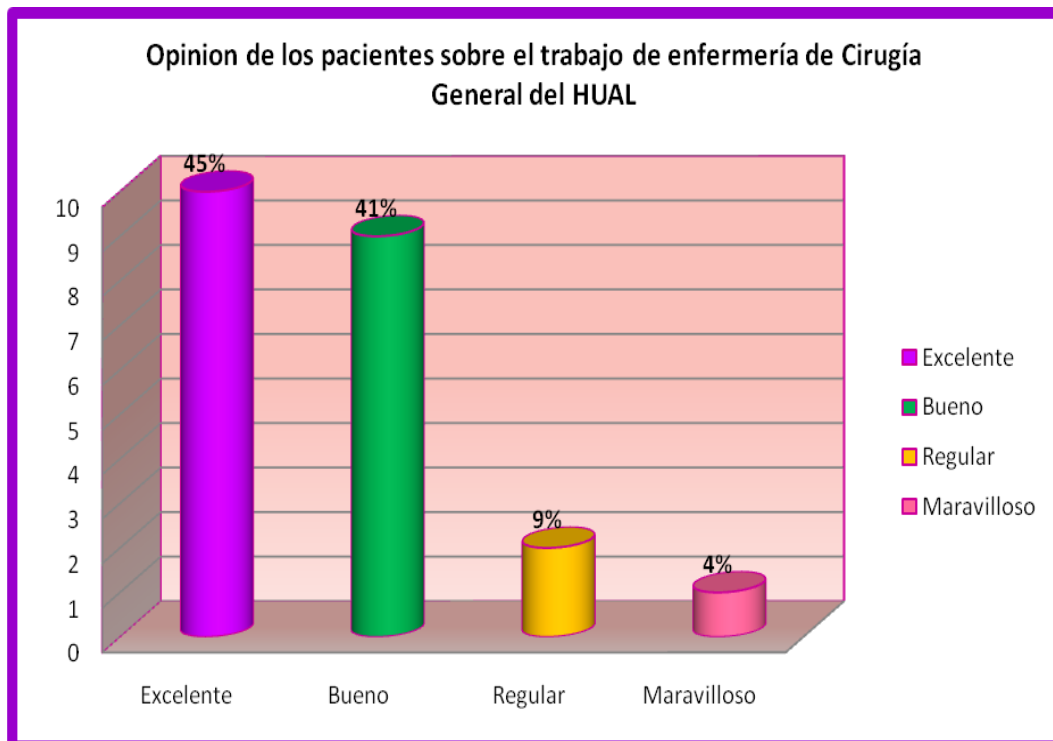
El trabajo del equipo de enfermería del Servicio de Cirugía General es:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo

- 1.- Excelente
- 2.- Maravilloso, desde las camareras
- 3.- Excelente
- 4.- Excelente
- 5.- Excelente; en excepción de la enfermera que yo le dije
- 6.- Bueno, muy bueno
- 7.- Bueno
- 8.- Excelente
- 9.- Bueno
- 10.- Excelente
- 11.- Bueno; todo bien
- 12.- Bueno

- 13.- Excelente, de maravilla
- 14.- Regular; hay enfermeras buenas y muy malas
- 15.- Bueno. Bueno porque hay algunas enfermeras que son odiosas; los varones son más calladitos.
- 16.- Bueno
- 17.- Excelente, aunque con falta de sensibilidad; el 90% de los enfermeros son buenos; en la emergencia hay unos que bueno....
- 18.- Excelente
- 19.- Bueno
- 20.- Regular. Hay unas que son mejores que otras.
- 21.- Excelente. Las enfermeras están pendientes de los pacientes.
- 22.- Bueno, bien.

Gráfico 22



A continuación se presenta la pregunta sobre cuál era, desde la consideración de los pacientes, la experiencia más importante de todo el evento médico-quirúrgico vivida por ellos. Las respuestas fueron las siguientes:

¿Cuál ha sido la experiencia más importante de todo este proceso médico-quirúrgico y por qué?

- 1.- Aprender a cuidarme más
- 2.- He visto que todo ha mejorado
- 3.- No volver a llevar esa dieta tan mala
- 4.- Ayer la joven que operaron de la colostomía se complicó y la doctora vino y me parecen que están en disposición de ayudar siempre que se necesite.
- 5.- “Naguará”, como le explico.... Que mi familia ha estado pendiente de mí; mi mamá y mis hermanos.
- 6.- La paciencia que tuve que tener
- 7.- El trato bueno de los médicos y enfermeras
- 8.- No fumar (paciente de riesgo por EBPOC descompensada ya que fuma desde los 13 años, 2 o 3 cajas)
- 9.- Que tengo que dar gracias a Dios
- 10.- Para mí uno piensa que la enfermedad de uno es grave hasta que estoy aquí viendo tantas cosas graves
- 11.- La confianza de todos mis compañeros pacientes
- 12.- Siempre ver la vida, que hay una nueva vida
- 13.- Todo bien; agradecidamente todo bien
- 14.- Para mí ha sido de mucha satisfacción pasar por esto porque “he hecho un encuentro conmigo mismo” y me doy cuenta que la única paz y felicidad está en Cristo Jesús y lo conseguí a través de este problema. Veo desde otro punto de vista lo que es la vida: Ahora la vida es mejor desde otro ángulo espiritual.

15.- Cónchale, aquí yo viví cosas que nunca pensé; vi cosas que me las reservo; vi personas muertas al lado mío en la emergencia; no por miedo sino por lástima con la señora.

16.- A lo mejor si fuese estado más pendiente de mí, esto no hubiese pasado. No había un diagnóstico claro con el ecografista me dijo que era vesícula, que era un embarazo ectópico o un quiste de ovario. Luego fuimos a la CHET pero eso es horrible a mi no me gusta ese hospital; yo llegué allá y eran muchos gritos. Hicieron un espéculo (exploración vaginal instrumental), eran 3, eran jóvenes y me daba nervio; entró mi mamá en ese momento y me sacó y me vine. Las instalaciones son importantes para dar tranquilidad. “Yo no quería quedarme”, me iba a morir allá. Yo no me iba a operar allí en ese hospital y me dijeron que me tenía que venir en taxi porque era un egreso contra opinión médica.

17.- Empezar a estudiar como amar a las personas para llevar un mensaje de que se debe querer a la gente.

18.- La operación, yo nunca me imaginé eso; yo soy fuerte.

19.- Bueno, el comportamiento de médicos y enfermeras que están pendientes de su trabajo.

20.- No andar mucho en la calle; tener una nueva vida como Dios me la dado.

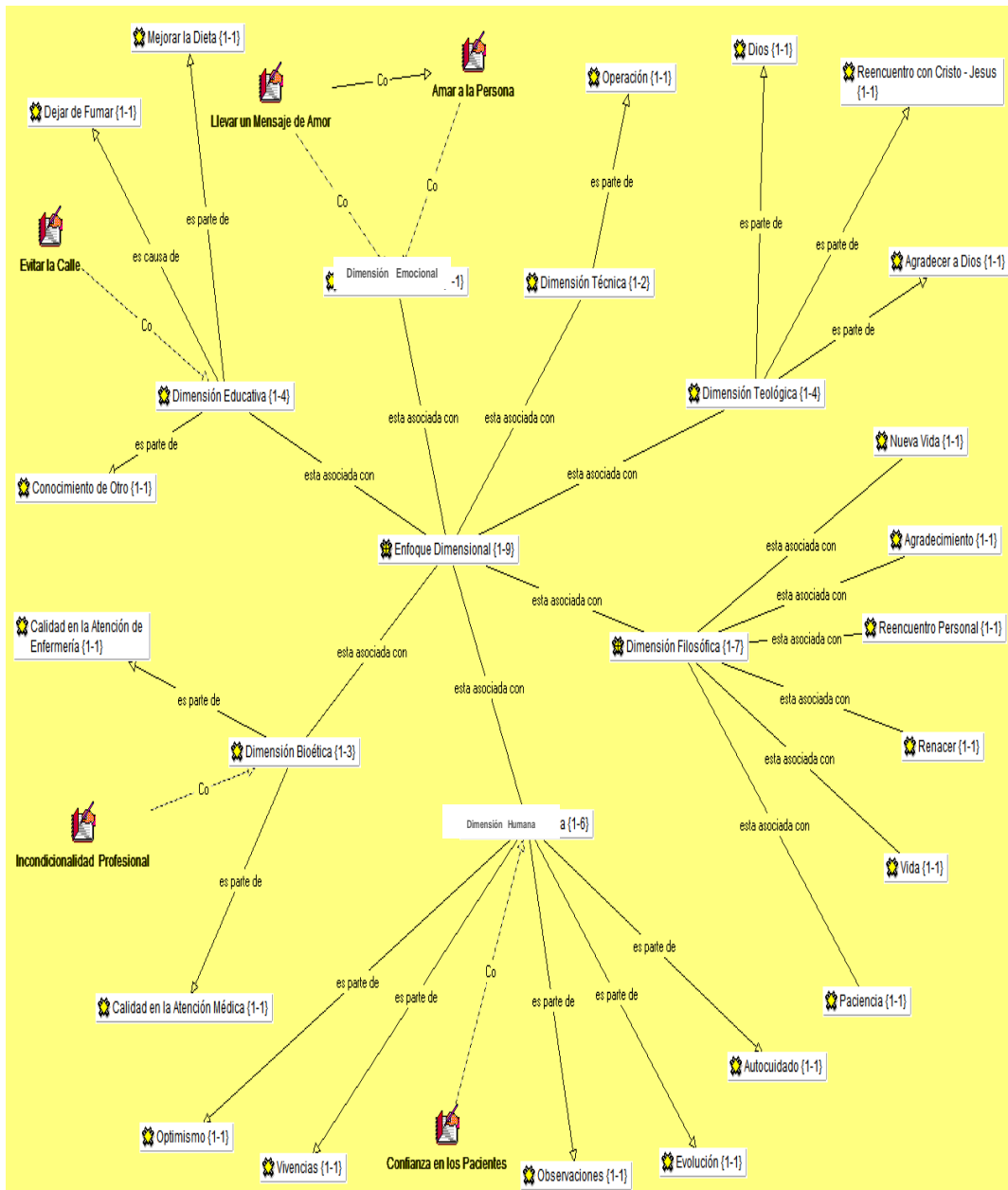
21.- Lo más importante es que hay que cuidarse; no hacer desbarajustes.

22.- Malo; de algunos son malo.

Estas respuestas fueron sometidas a un análisis cualitativo consistente en la Teoría Fundamentada a través del Software ATLAS.ti versión 6.1.11, del cual se desprende la red semántica que a continuación se muestra.

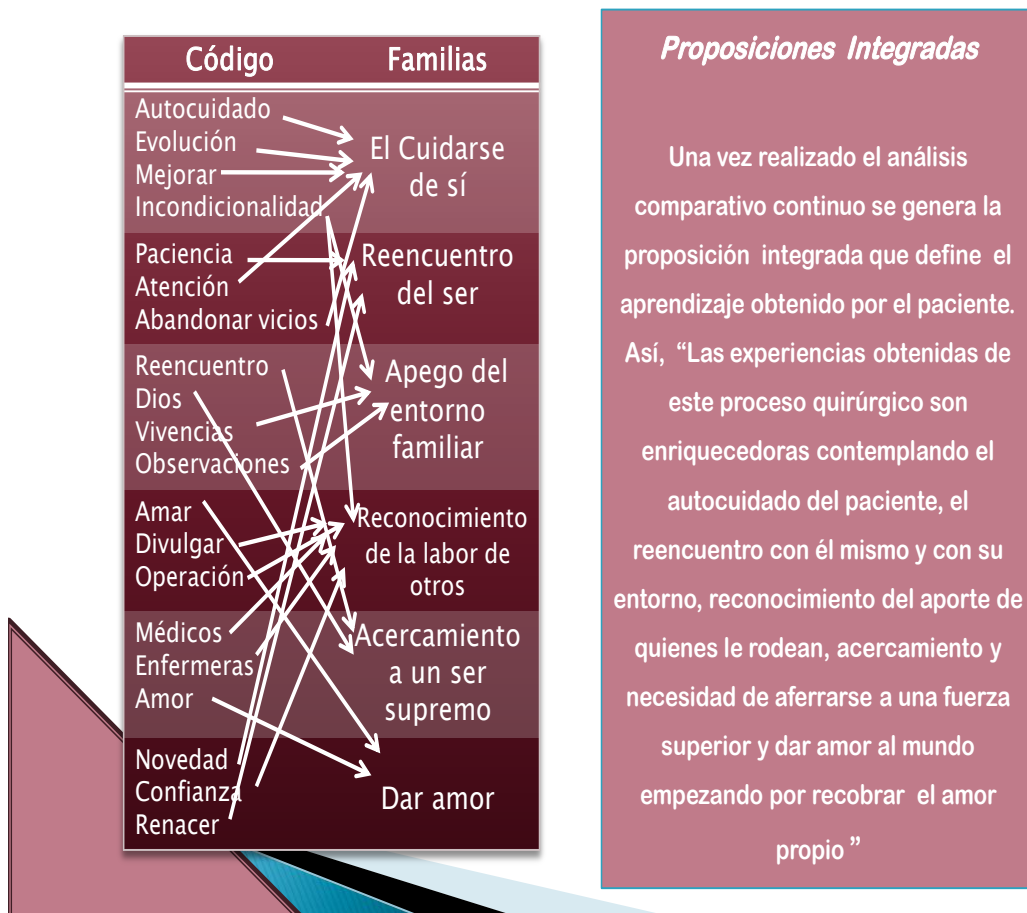
Red Semántica 3

Enfoque Dimensional del Paciente sobre su Cirugía



Infograma 12

APRENDIZAJE DEL PACIENTE SOBRE SU PROCESO QUIRÚRGICO



Fuente: Elaboración Propia

Se elaboró una pregunta hipotética para describir los aportes que realizaran al servicio de cirugía general los pacientes quirúrgicos de tener la potestad.

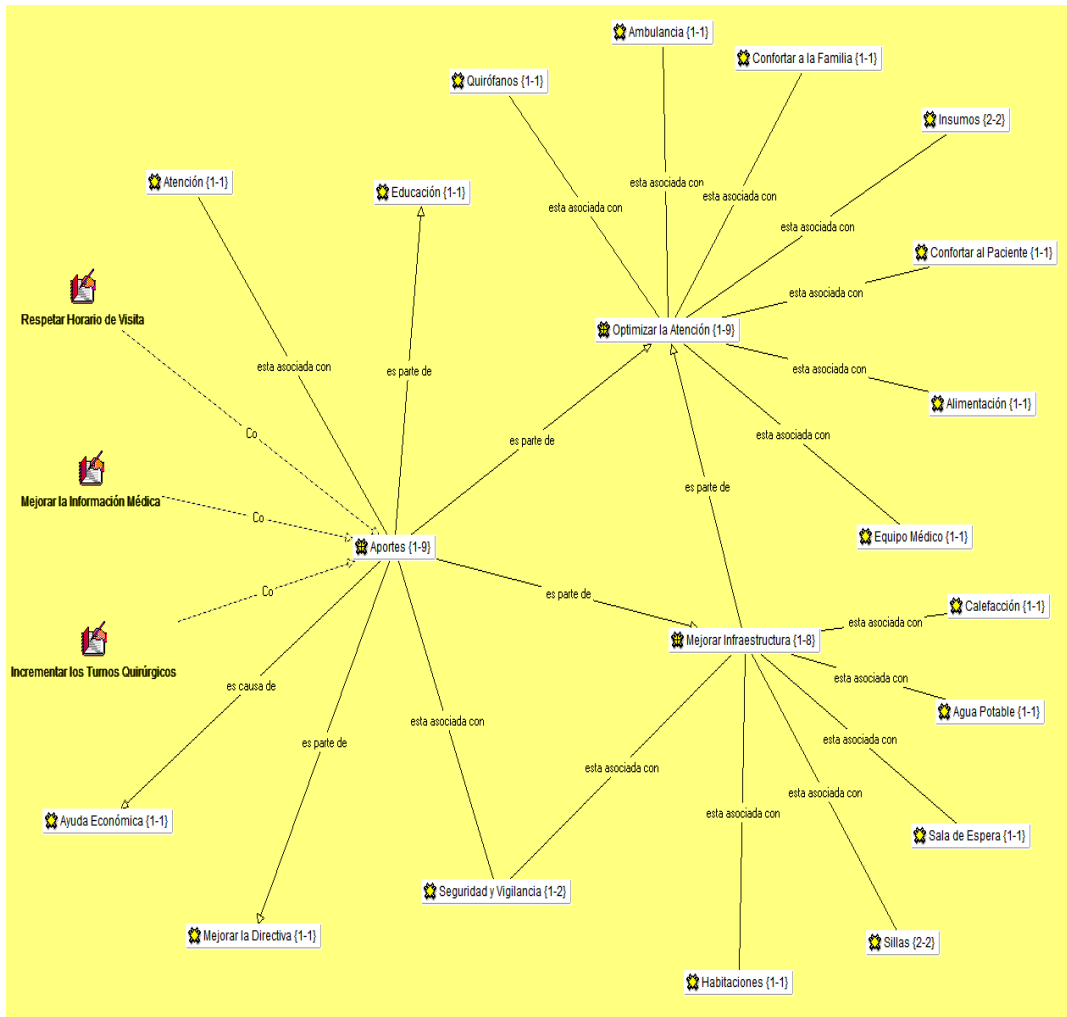
De estar en sus manos la responsabilidad del Servicio de Cirugía General del HUAL, ¿Qué aportes haría y porque?

1.- Insumos; no sé que más porque yo todo lo veo bien.

- 2.- Atenderlos mejor
- 3.- Ayudar a los más necesitados económicamente
- 4.- Otros quirófanos para ayudar a más personas con más operaciones
- 5.- Nada
- 6.- Que los médicos le expliquen más a los pacientes y los familiares para que uno sea más colaborador.
- 7.- Darle su alimentación y comida a tiempo
- 8.- Más ambulancias
- 9.- Cerrar las ventanas porque hace mucho frío
- 10.- No hacer curas en horario de visitas; es algo más estricto
- 11.- Acondicionar la estancia para los familiares de los pacientes
- 12.- La seguridad. Muchas irregularidades con la vigilancia, impusiera más carácter y respeto.
- 13.- Daría buen educación, buen ejemplo: no alzar la voz.
- 14.- Humanizar el servicio, empleados, médicos y trabajadores que tengan un mejor servicio a los pacientes y planta física.
- 15.- Ay mira, si yo fuese millonaria –soy rica porque tengo al Señor conmigo- mejoraría los espacios y estoy contenta porque todos los que aquí trabajan son unas bellas personas.
- 16.- Bueno trataría de que no faltaran insumos. Más habitaciones y una sala de espera.
- 17.- El primer aporte que yo haría sería darle comodidad a los familiares del paciente para que no pasen tanto dolor.
- 18.- Mejoraría la estancia de ustedes para que trabajen cómodos y no le falte insumos y trabajen con cariño.
- 19.- Sacar a los casos que no fueran graves (electivas) rápido.
- 20.- Trato de que tengan muchos remedios y todos los equipos y tener un buen Director para que dirija todo bien.
- 21.- Poner agua y silla; unas sillas afuera para tomar sol y distraerse.
- 22.- Depende; vería que cambios necesita el hospital y los haría.

Red Semántica 4

Aportes propuestos por los pacientes quirúrgicos para mejorar el servicio de cirugía general del HUAL



Como pregunta de cierre se exploró la productividad de este entrevista estructurada desde la perspectiva del paciente quirúrgico como sigue.

¿Considera productiva esta entrevista estructurada y por qué?

- 1.- Sí claro, porque así Uds. conocen nuestras opiniones hacia Uds.
- 2.- Claro, porque es maravilloso; así están pendientes de lo que uno piensa.

- 3.- Sí. Porque es bueno para aprender y saber también
- 4.- Sí, porque me di cuenta que yo no sabía de mis derechos
- 5.- Sí, porque me estoy dando a entender de lo que yo sentí y viví en quirófano;
porque es la primera vez que yo estaba en una cirugía.
- 6.- Claro que sí, porque yo pienso que Ud. le va a dar el uso positivo de la entrevista.
- 7.- Claro que es buena. La periodista es muy amable y me trata muy bien.
- 8.- Sí, porque me agrada decir lo que siento como paciente y a la vez si este documento pudiera servir como un avance para el hospital, es muy bueno.
- 9.- Sí, pero no sé.... normal.
- 10.- Sí, porque creo que ahí llevan información para no tapan fallas; porque me imagino que hay doctores que no saben lo que aquí pasa.
- 11.- Sí. Porque en realidad están pendientes de las personas.
- 12.- Sí, porque se aprende algo bueno
- 13.- Sí, para mí. Porque de un principio te cuento que estoy agradecido con los galenos y las enfermeras y mi familia está muy contenta.
- 14.- Si. Porque explico inquietudes y descontento y también sus alegrías del concepto hospitalario; es como un censo para saber quienes están contentos y en desacuerdo.
- 15.- Sí, la considero productiva; porque hoy me voy del hospital y es una forma bonita de irme; aparte es el día de la amistad (14 de Febrero). Es una forma de agradecerle a Dios y a ustedes por todos. Hoy me paré con buen pié!!!!!!!!!!!!
- 16.- Sí, porque así ustedes saben lo que uno piensa y es muy válido y todos somos humanos y merecemos expresarnos.
- 17.- Sí porque uno: Ud. haberme entrevistado y que Ud. me oiga porque Ud. tiene sensibilidad humana; es el cariño con lo que tu actúes para una persona que está tan mal y uno se regocija con esas palabras. Estoy muy contento y agradecido. Hacer seguimiento para ubicar al buen personal y al malo. Importante es el trato humano.

18.- Si claro mi amor. Tú me estas preguntando y yo te voy diciendo como me siento. Ojalá todo el mundo diera una mano o grano de arena. Eres una mujer muy fuerte mi amor; te va a ir muy bien en la vida.

19.- Si. Porque así supongo que hacen reuniones y conversan todo esto.

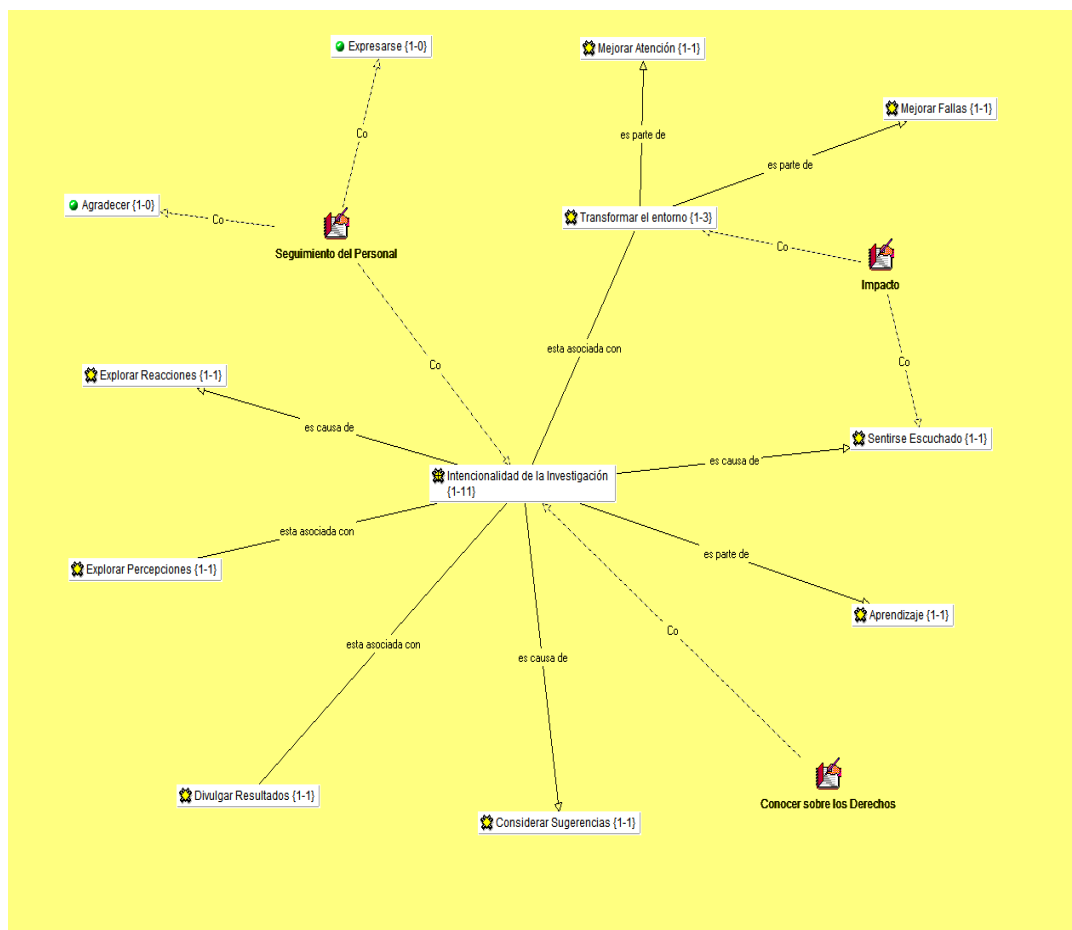
20.- Si –afirmando con la cabeza-; me han enseñado cosas que yo no sabía.

21.- Sí, si de verdad toman en cuenta las sugerencias, si es productiva.

22.- Sí, chévere. Porque son importantes algunas preguntas : sobre los médicos, como tratan a uno, sobre como yo voy a reaccionar cuando salga de aquí.

Red Semántica 5

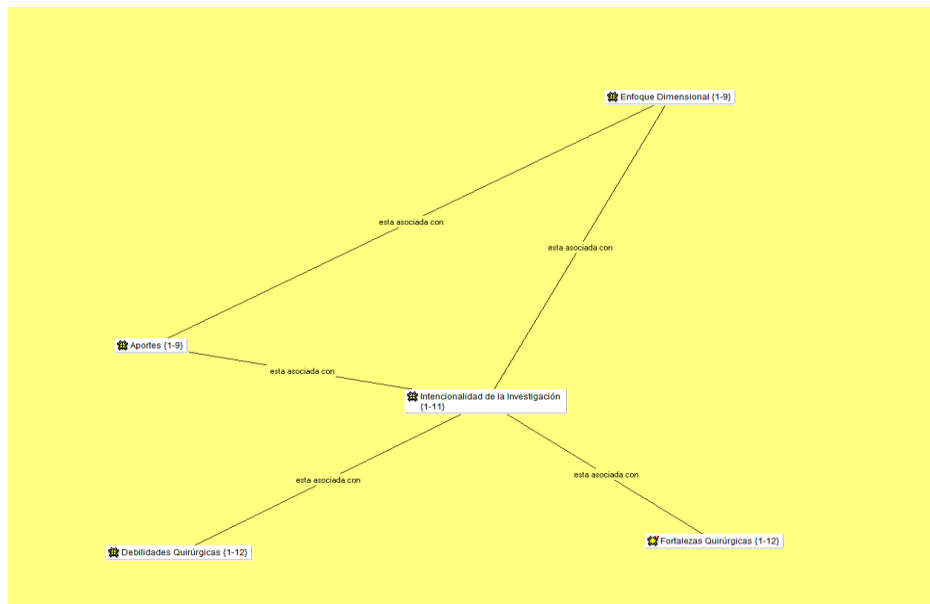
Fin Último del Abordaje Circunstancial Cualitativo de la Investigación desde la Perspectiva del Paciente Quirúrgico



Los pacientes consideraron que el impacto de la entrevista estuvo encaminado principalmente a conocer sus emociones, pensamientos, necesidades para de esta manera poder activar mecanismos que busquen mejorar la atención del paciente quirúrgico del servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

Red Semántica 6

Elementos integradores del abordaje circunstancial cualitativo al paciente quirúrgico del servicio de cirugía general del HUAL.



En esta red semántica se plasman los elementos que se consideraron en el abordaje circunstancial cualitativo del paciente quirúrgico las cuales se resumen como intencionalidad del abordaje, debilidades y fortalezas evidenciadas por los pacientes en el servicio de cirugía general del HUAL, aportes que realizarían los pacientes para mejorar la calidad de la atención y el enfoque dimensional de las necesidades sentidas tanto por los cirujanos y residentes como por los pacientes.

ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE COORDINADOR DOCENTE DEL HUAL

Muy buenos días. Estamos aquí el viernes 26 de Noviembre, (2010), son exactamente las 8:50 a.m. en el área de coordinación docente del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” con el Coordinador Docente del HUAL quien ha sido médico egresado de la Universidad de Carabobo, Ginecobstetra egresado de la Universidad de Carabobo, Docente de pregrado de la asignatura de Bioética y Obstetricia en las Universidades de Carabobo y Arturo Michelena; en el campo literario columnista de los principales medios impresos de la región, comunicador social radial con programas de opinión en estaciones radiales de la localidad; escritor con varias obras publicadas; desde el punto de vista laboral: residente, adjunto y subdirector docente del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”; en el campo gremial por varios años fue delegado por el estado Carabobo a la Asamblea Nacional de la Federación Médica Venezolana, al Consejo Nacional de la Federación Médica, Presidente de la Sociedad de Médicos Internos y Residentes del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Miembro de la Comisión Técnica representando a los residentes, ocupando la secretaría ulteriormente, Presidente de la Comisión de Internos y Residentes ante el Colegio y Presidente de la Comisión Regional Electoral igualmente ante el Colegio de Médicos del Estado Carabobo.

Desde el punto de vista docente, profesor del IUTEPAL durante diez años, actualmente profesor en la categoría de agregado de Obstetricia de la Universidad de Carabobo y Coordinador de 6to año de medicina; docente, padrino de la Promoción 50 de Médicos Cirujanos de la Universidad de Carabobo y ha recibido premios en obras tituladas “Luís Razetti” y “De Locutor a Candidato”, premio titulado “Rafael Guerra Méndez” otorgado por el Colegio de Médicos del Estado Carabobo. Pues con ese amplio currículo, quisiera agradecer al Doctor por haber aceptado ser informante clave de este trabajo de investigación.

Para mí es verdaderamente un honor y le agradezco pues su amplia receptividad.

Comenzando entonces con la entrevista del trabajo titulado “Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico”, quisiera hacer la primera pregunta al Doctor sobre, obviamente, como se define la Bioética y que aplicación tiene la Bioética en el campo clínico actual? Buenos días Doctor.

INFORMANTE CLAVE: Buenos días. Bueno, a mi me impacta y me entusiasma mucho desde el título de la obra, de lo que estas ensamblando y me impacta porque yo diría que desde muy pequeño me incliné a hacerme preguntas de cosas que no le encontraba explicación y cuando tomé consciencia y tuve uso de razón quizá más profundo, llegué a la convicción que eso no es más que filosofía.

Cuando uno se pregunta en la vida el por qué de las cosas esa es la esencia de lo que es la filosofía y con el transcurrir del tiempo, esa interrogante que me planteaba en noches estrelladas: ¿Habrán más cosas que esas que estoy viendo?... indiscutiblemente comienzo a cultivar no sólo los elementos espirituales sino que también empiezo a transitar por el camino de la ética inicialmente, hecho que se fortalece cuando recién graduado. Teniendo apenas seis meses, salgo electo delegado a la Asamblea de la Federación Médica y estando en la Federación Médica de la mano de un querido doctor muy apreciado, que fue mi profesor, Miguel Malpica, en las discusiones en el seno de la Federación Médica me avoqué primordialmente a asistir a las comisiones que estuvieran ligadas a los dilemas éticos y ahí me codeé con la crema y nata de los doctores de la ética desde el punto de vista gremial. Y las cosas que da la vida, después pasó un tiempo y un día contando con una persona que fue mi profesora, hoy una gran amiga, que es la Dra. Carmen Cecilia Malpica y me dijo: “Están a punto de crear la cátedra de Ética Médica en la Universidad, ¿Quieres participar?”, y me incorporó a trabajar con ella en unas fases preliminares de lo que más adelante vendría a ser la ética médica.

Y cual no sería mi sorpresa, que la mayor satisfacción y mayor orgullo siento cuando en esa clase inaugural a quien se invita es al Dr. Alberto León Cechini a quien había conocido en la Asamblea de la Federación Médica donde tuvimos una interrelación cada vez mayor y un contacto extraordinario.

El Dr. Augusto León pudiéramos decir que es el padre contemporáneo de la Ética Médica en Venezuela, no sin antes recordar que todos estos basamentos tienen su origen en todas aquellas cosas que hizo el Dr. Luís Razetti, que de paso ahí hay otra anécdota siendo yo un estudiante de medicina cuando un día voy a una conferencia con el Dr. Colina Bracho y cuando estamos en plena conferencia el Dr. Colina Bracho que estaba hablando sobre diabetes la comenzó hablando sobre un libro que había escrito el Dr. Luis Razetti que lleva por título “La Moral Médica” y recuerdo que yo era estudiante de lo que hoy sería 4to año de medicina y al día siguiente me fui a la biblioteca de la facultad a buscar el libro “La Moral Médica” de Luis Razetti, y cuál sería mi sorpresa que me encuentro un ejemplar de la versión original, el único que había en la biblioteca, la edición es del año 52 y curiosamente la primera persona que estaba leyendo ese libro por el código que tenía la tarjeta, era yo en ese momento y el libro casi se me deshacía en las manos.

Yo me preguntaba: ¿Cómo es posible que un libro tan maravilloso donde Luis Razetti hablaba de lo perjudicial que era el industrialismo médico, resulta ser que, había pasado un tiempo y a eso no se le había dado aparentemente mayor importancia.

Todo este preludeo es fundamentalmente para entrar y mostrarte cuales fueron mis inicios para entrar en la ética médica.

Si nosotros partimos de que el hombre en sociedad tiene que asirse de elementos fundamentales que le soportaba la familia de la cual es integrante, la familia se nutre de los aspectos morales que los que le da la religión, convirtiéndose entonces la religión llámese cual sea.

El elemento ductor que incide sobre la familia y es esta presencia de la moral en la familia la que le va a inculcar al individuo su comportamiento en sociedad; pero como el hombre no es disgregario, es un hombre que se relaciona con otros seres humanos para conformar esa sociedad. Aspectos morales que caen dentro de un principio de lo que no debes hacer para reglamentar esa conducta y esa acción del hombre en sociedad se requiere la imposición de la ley y la ley es aquello que tienes que hacer.

De manera que, el hombre se ha convertido como un ente social que tiene que asirse de dos grandes pilares: del principio en lo que debe y del principio de lo que tiene, llámese uno de los aspectos morales y el otro los aspectos legales. La moral está implícitamente ligada al factor ético y el factor ético está implícitamente ligado a esa educación de familia. Yo que doy ética en la Arturo Michelena para Licenciados en Citotecnología e Histotecnología, y que di ética para la Universidad de Carabobo para estudiantes de medicina, siempre digo de que la ética como asignatura no es un eslabón como cualquier otra materia que cuando tu terminas el lapso académico respectivo tu adquieres destrezas y habilidades que

pudieron haber realizado en ese momento, NO, la ética se aprende en la vida; uno en una clase de Bioética lo que hace es perfilar los conceptos, lo que hace es crear las líneas en la cual se demuestre al participante del grupo esos elementos esenciales de lo que es el buen comportamiento y el bien vivir.

Mira, un libro de ética es “El Manual de Carreño”, aun cuando el principio no esté mostrado como tal. Porque es una actitud de comportamiento ciudadano pero es que: ¿Cuándo tú tienes un comportamiento ético muy ligado al comportamiento moral simple y llanamente cuando algo no se está haciendo de la manera como tú crees que se debe hacer, no por el simple hecho de una habilidad técnica, sino que algo de consciencia dice: “Esto no, no me pega, esto no me combina, esto no me cuadra”. De modo que cuando un docente deja un examen estructurado a un grupo de estudiantes y se sale del aula como para darles confianza y el estudiante comienza a copiarse del que ha estudiado, ve como algo inapropiado el que se estén copiando. De manera pues, que el allí estaría asumiendo una conducta ética, en cambio, el que se está copiando tendría una conducta no ética, y eso es cultura y esa cultura parte de un ejemplo a seguir. De manera que el factor ético de ese componente en sociedad está íntimamente ligado a todos esos eslabones en donde el modelo a imitar, la antípoda, el modelo a seguir está en función de quien en un momento dirija una nación, gobierne un estado, el docente de una cátedra, una clase, el padre de familia en la actitud y el comportamiento que tome, todo eso contempla en esencia ese comportamiento ético y moral del hombre en sociedad, pero caemos en el campo médico.

Resulta ser que dentro del ejercicio de la profesión médica, ese ejercicio humanitario había que buscar una forma de un poco salirse de la ética convencional y adaptarla al plano del ejercicio médico por las implicaciones morales, éticas, humanitarias, científicas, tecnológicas que están implícitas y es así como surge la Bioética, que quizá sin esas definiciones clásicas que yo muchas veces comparto y que aún cuando tengan los méritos y puedan dar las orientaciones filosóficas, yo siento que “la mejor definición es la que de tu corazón proceda”, pudiéramos decirte entonces que la ética de modo general aplicada en el campo de la medicina, en el campo de las reacciones biológicas, en el campo de las acciones humanitarias, en el campo del día a día del trato del paciente, de actitud y conocimiento, es el eslabón que viene a formar lo que es el concepto de Bioética, para seguirlo y así como hablamos de esto, había otras subdivisiones en otras disciplinas científicas como por ejemplo la ética del educador en el docente o la ética en ingeniería o la ética en la arquitectura, o la ética en el ejercicio del derecho.

De manera que, tomando en consideración estos parámetros, con este mágico mundo que es el estudio de la Bioética, que como factor de importancia, se le une el otro pilar entonces contribuimos a crear dentro de la estructura del ejercicio profesional un símil del hombre en sociedad. Y así tenemos que el médico tiene dentro de su ejercicio dos pilares: El que tiene y el que debe, entendiéndose como el que tiene que hacer el cumplimiento de la ley del ejercicio profesional y dentro

del ejercicio de la Bioética a través del Código de Ética o el Código de Deontología Médica en la cual lo que se trata de demostrar al gremio médico, al gremio de salud, las cosas que no debe hacer, las cosas que por principio de consciencia, porque es que yo diría que cuando hablamos de Bioética en líneas generales es un principio de consciencia, es un principio de cultura, de cultura médica, de cultura individual, es un principio de tradición de familia en la cual se extrapola y hay ejemplos máximos como de grandes filósofos que decían: “trata a tu paciente como quisiera que te traten a ti, trata a tus pacientes como tu quisieras que trataran a tus familiares”.

De manera, “Primum non nocere”, primero no hacer daño, reconocer cuáles son las limitaciones, estar convencido de lo importante que es no vivir en un mundo de arrogancia, pensar que saber que yo me las sé todas, porque clásicamente se demuestra que no precisamente porque tengas PHD en ciencias o seas el “Non Plus Ultra” en el ejercicio médico, si te falta el sentido humano, si te falta el sentido moral, si te falta la cultura, tres elementos fundamentales que cultiva individualmente cada profesional de las ciencias biológicas; si te faltan esos tres elementos tienes una personalidad inarmónica dentro de tu ejercicio.

Es muy triste ver cuando uno conoce colegas de mucha fama científica y de escuchar a pacientes que digan con ese doctor yo no me quiero ver, porque la ciencia enfría, la ciencia en su esencia es fría, el conocimiento es frío.

Lo que contribuye a darle calidez a ese acto y a esa relación médico paciente es precisamente el sentido carismático, humano, moral, ético, respetuoso, del profesional que une las ciencias, se unen con el ser humano y se convierte en una disciplina científica, en algo cálido, algo hermoso, en un mundo donde la sola presencia del médico es más que elocuente, como parodiando a un gran emperador romano en una época dijo: “Yo tengo todo el poder, tengo todo el dinero, tengo todas las acciones, casi me siento el Dios de la tierra, pero ante la presencia del médico yo me arrodillo”, lo cual muestra su majestuosidad.

Con el paso del tiempo, las acciones y los comportamientos del ejercicio de la medicina se han ido deteriorando porque hemos pasado en cierta forma a extremos. De repente, en una época las actitudes eran por demás, demasiado rígidas. Nosotros las podemos señalar aquí en el hospital en la disciplina de cirugía; hubo una época en el postgrado de cirugía general del Hospital “Dr. Ángel Larralde”, tenía una resonancia, reverberaba en el ambiente la formación de los médicos egresados del postgrado de cirugía general y cuando uno revisaba el por qué esa magnificencia del postgrado, estaba directamente dirigida o implicaba directamente a quienes dirigían el postgrado en otros tiempos. Para muchos, tal vez por lo estricto, por lo exageradamente clínicos, por lo superlativamente exigentes se recuerda a los Dres. Triana, a la Dra. Benavides, al Dr. Oñate, tres personajes por demás emblemáticos en el Departamento de Cirugía de nuestro hospital en donde queda como alegoría un viejo sillón en donde se sentaban los residentes cuando iban a ser examinados por los tres.

Un día, se nos ocurrió ver la cara inferior de la silla y había como una especie de surco en donde los residentes enterraban las uñas en esa madera cuando iban a ser de alguna manera, quizá sin misericordia, interrogados por este trío de personas, que si bien es cierto fueron muy rigurosos, no es menos cierto la calidad de los egresados era por demás superlativa. Muchos cuestionaban esa actitud rígida y tal vez producto de las nuevas generaciones esos que egresaron con conocimientos tan aderezados y avanzados, tan éticos, tan profundamente científicos, tan exageradamente humanos, tuvieron posición de liderazgo, tal vez como acción contraria a lo que pudieran haber vivido empezaron a doblegar posiciones y en ese bajar de posiciones se empezó a perder la rigurosidad y se cayó en la amplitud, en una amplitud quizá mal concebida porque se llegaron a planos en donde tal vez, producto de amiguismos individuales, se fue perdiendo la esencia de la rigurosidad, la esencia de la disciplina al punto de llegar a pasar de ese amiguismo quizá a una posición de complicidad.

DOCTORANDA: Lo cual es peligroso.....

INFORMANTE CLAVE: Claro, porque cuando un residente está en formación, siempre ve en sus doctores el ejemplo a seguir, y si tenemos casos en donde puedan ocurrir circunstancias en la cual un adjunto se va de guardia a destiempo porque tiene que cumplir una actividad privada o llega a guardia a destiempo porque estaba realizando una actividad distinta y tiene a un residente al cual debe exigirle, el residente, con lo audaces que son los muchachos de hoy en día, es muy

fácil que le diga pero usted me está exigiendo y llega tarde a la guardia. Entonces, quizá para evitar eso se han visto muchas complicidades, muchas acciones que rayan ya no en la amistad sino en una conchupancia que se traduce casi en complicidad de un acto, esa fuerza moral, esa fuerza ética con el paso del tiempo se ha ido perdiendo y se ha perdido.

DOCTORANDA: Hay un momento -y disculpe doctor- clave, en donde esa relación vertical adjunto-residente pasa a ser horizontal?. Es decir, hay un punto realmente que se pueda precisar, viéndolo ahorita en retrospectivo?

INFORMANTE CLAVE: Viéndolo ahorita en retrospectiva cuando empezaron a jubilarse las personas que mantenían el orden y la disciplina. Yo tengo una máxima: “Orden más disciplina es igual a eficacia”, si tu eres ordenado y eres disciplinado, eres eficaz; y se agravó cuando por la división del departamento se crearon salas y se dio jerarquías de sala a personas y que de repente por diversidad o por criterios clínicos adversos cayeron en diatribas personales y las diatribas personales se siguen manteniendo, en donde hay que esperar al residente que tiene que pasar por las diferentes salas y ven por ejemplo, yo prefiero tener las heridas operatorias posterior al acto descubiertas y otros que dicen yo prefiero que las heridas operatorias estén cerradas, simplemente por el mero hecho de que yo prefiero que sea así para diferenciarme del otro y esa polémica entre los doctores que son ejemplo a seguir, se han llevado al plano de los residentes unido a un amiguismo mal concebido y eso ha contribuido a que reine la anarquía.

DOCTORANDA: Entonces pudiésemos decir que el primer punto en este Dilema Bioético del ejercicio quirúrgico, básicamente de lo que estamos hablando pudiese ser esa falta en este momento de esa figura de autoridad y de unificación de criterios?

INFORMANTE CLAVE: Por un lado, y de una figura que no solamente tenga la autoridad desde el punto de vista de ejercerla sino que tenga lo más importante: autoridad moral. Porque fíjese doctora, yo cumpla una función administrativa en su gran mayoría en este momento en el hospital; mi oficina está casi a dos cuadras del hospital, sin embargo, todas las veces que usted ha venido aquí, usted me ha visto con mi bata blanca.

DOCTORANDA: Y muy respetuosamente debo decir que es el primer carro que a las 6:30 a.m. está parado frente del módulo.

INFORMANTE CLAVE: Y usted me ve con mi bata blanca. Eso me da una autoridad moral para exigir al personal que está a mi cargo, llámese bachilleres de pregrado, como a estudiantes de postgrado el cumplimiento de la norma. Porque, ¿con qué autoridad moral yo pudiese decirle a un residente póngase su bata si me ve a mi sin bata?.

DOCTORANDA: Llegue temprano si usted llega después del residente.....

INFORMANTE CLAVE: Por eso es que dicen que yo soy muy estricto, porque repito, mi máxima es, orden más disciplina es igual a eficacia.

DOCTORANDA: Usted es de los que piensa entonces que hay que predicar con el ejemplo.

INFORMANTE CLAVE: Por supuesto, si tu quieres tener autoridad moral es tu ejemplo el que tiene que prevalecer, porque repito, cuando uno está en una institución formadora de recursos humanos, formadora de médicos generales, formadora de especialistas, el primer ejemplo tienen que darlos quienes lideren.

Vivimos en una sociedad muy espontánea y esta espontaneidad se manifiesta en las nuevas generaciones; si lo viéramos desde otro punto de vista pudiéramos decir de que son niños ídigos y muchas veces el sentido conservador y convencional raya en lo obsoleto y lo viejo. Yo recuerdo que cuando yo iba a las Asambleas de la Federación Médica el muchacho que estaba unido a personas mayores escuchando cuestiones de ética, era yo y recuerdo también que mis compañeros asambleístas me decían : “tú eres un viejo prematuro” porque estás metido con esos señores de edad allí hablando de cosas de ética y de moral. Pero yo decía: “no señor, porque la ética está implícita desde todos los ámbitos de la vida. Es muy triste que se le quiera atribuir a un grupo etario en particular los conceptos que nos deberían dar como una disciplina y una actitud dentro del comportamiento del ejercicio diario. No hay cosa más agradable colega que tener la satisfacción diaria de la misión cumplida del día cuando termina y una de las cosas, que pueden haber imperativos de la ley, pero hay una cosa que se llama consciencia y yo diría que por encima de cualquier penalización desde el punto de

vista moral la mayor penalización que pueda existir es la consciencia. Porque la consciencia es la que te va a repetir constantemente el acto que tú hiciste de manera equivocada o inapropiada, el maltrato que tú hiciste, y te va a acompañar a cada momento y en cada gesto que tú hagas te va a estar remordiéndote la consciencia y la consciencia está íntimamente ligada al comportamiento y el comportamiento al factor ético y moral. Por eso te digo, es una cuestión de cultura y de consciencia, de principios, de actitud que tengas en mente.

DOCTORANDA: Doctor, ¿y qué pasa cuando esa consciencia no nos llama a reflexión ante esta oleada de cambios donde estamos asumiendo realmente que muchas veces para los jóvenes el ser ético es como estar fuera de moda, es decir, luce más práctico y quizás el sentido de la ética está allí pero no se consolida o de alguna forma se considera en el quehacer diario? ¿Qué pasa cuando el residente en formación realiza un acto que va en contra realmente de los principios bioéticos y esa consciencia no remuerde?

INFORMANTE CLAVE: No remuerde la consciencia porque no pasa nada. Porque quienes dirigen como no tienen autoridad moral para ser el ejemplo a seguir, el residente piensa que no pasa nada y que cuando tú tienes que utilizar el imperativo que te da la ley para hacer que pase entonces, echan a mano una serie de recursos como que tienen una persecución, te encuentras con el insólito pero bárbaro caso en donde los doctores llevan eso a un terreno donde no es una razón médica sino política o una razón personal por lo cual no hay que darle mayor

importancia o asidero a ese reclamo. Porque cuando tienes jefes que quieren tomar acciones, quieren pasar que todo el mundo los considere que son las buenas personas para que otros tomen las decisiones y después decir: “yo no hubiera hecho eso”, para quedar bien con el residente.

Entonces, cuando se ha perdido ese principio de autoridad desde el punto de vista moral, desde el punto de vista de conducción y manejo de un postgrado y un residente comete una falla manifiesta, él por supuesto que tiene su consciencia. Mira: Hasta los malos, en algún momento tienen que hacer ese contacto interno que lo llamamos desde el punto de vista espiritual una conversación que realices contigo mismo y ahí haces un balance de lo que ha sido tu vida. Ni un malo, por el hecho de ser malo no significa que no tenga consciencia, claro que la tiene. Pero cuando él ve que no pasa nada, cuando él trata de hacer una caída porque se lo fomentan los que lo están instruyendo de que eso es asunto personal o asunto político o cosas así por el estilo, yo creo que no pasa nada; él simplemente se vanaglorea de que hice la mejor sutura, la mejor intervención y listo, allí queda, pero que nos pasa más adelante?

En una ocasión en mis actividades de comunicación social que teniendo yo 16, 17 años que ya entrevistaba a candidatos a la presidencia de la República, porque para mí, mi hobby era la comunicación social como para otros el futbol, el béisbol, etc., un día entrevisto al maestro Luís Beltrán Prieto Figueroa, maestro de maestros y le pregunto como joven que: ¿Qué opinaba él de la corrupción

administrativa que se veía imperante en ese entonces?, y el maestro muy sabiamente luego de analizar los pro y los contra finalizó su exposición diciéndome en esa entrevista que yo le hacía, decía: “mira, que un viejo robe está muy mal hecho, porque al fin y al cabo su ciclo vital está próximo a cumplir, pero tú sabes que es grave?, que un joven caiga en la corrupción porque está perpetuando por mucho tiempo un mal que es un flagelo. ¿Y por qué yo le hacía esa pregunta? Porque cuando yo estudié medicina fui preparador de anatomía y recuerdo que un día veo a un muchacho que se llevaba un corazón (órgano). En esa época teníamos un privilegio extraordinario que habían tobos plásticos llenos de órganos y fuera de nuestras actividades de formación habituales utilizábamos los fines de semana para ir a disecar cadáveres que pudieran servir de piezas anatómicas para los que venían detrás de nosotros. Estando yo en esa preparaduría un día veo a un muchacho, estudiante de lo que hoy sería un 2do año de medicina llevándose un corazón. Yo le llamo la atención, y le dije: Cómo es posible que usted se esté llevando ese corazón, y me dice: “Como aquí hay muchos yo me llevo uno; sí, pero: ¿cómo te vas a llevar esa pieza anatómica?, a parte ni siquiera está disecada?; tú lo vas a abrir simplemente para ver las valvas, para ver las cavidades, etc, etc. El joven contesta: sí. Le digo entonces: no, eso es un mal proceder, ya que tú te estás llevando ese corazón de forma clandestina, para no decirle que se lo estaba robando. Cuál es mi sorpresa que el muchacho se voltea y me dice:

Pero Gonzálo, porque me reclamas a mí que yo me esté llevando este corazón?; Reclámale en todo caso a los políticos que roban este país y nadie hace nada. Mira, el muchacho de momento me desconcierta, porque es un muchacho que se encuentra en un 2do año de su carrera. Entonces le digo: somos jóvenes, el destino del país, las riendas del país están en nuestras manos. No caigamos en los errores de quienes roban. De paso terminó; hoy día es especialista y somos buenos amigos y tal y terminó en un área completamente distinta a la cardiología, anatomía, etc., etc., por cierto.

¿Por qué ver en el mal ejemplo, la conducta a seguir?; y fíjate tú, muchos años después el maestro Prieto me dice esa misma reflexión que yo hice en ese entonces. Pero ahí no quedó eso, el asunto es que después que el muchacho deja el corazón, llega y se va, yo me quedo reflexionando: Qué cosas tiene la vida, esto me lo dice un muchacho que está en una carrera universitaria, que medianamente tiene un conocimiento académico acorde, pero: ¿Qué puede quedar para el muchacho del barrio, que ha nacido en una condición humilde en donde las condiciones en las que ha nacido no han sido las más adecuadas, que apenas ha llegado al 3er grado, si es que ha llegado a estudiar?

Ayer fui invitado al Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina y expuse dos ponencias, una de ellas relacionadas con la personalidad del médico (que tú tienes por allí), adaptadas a ellos (esa la di el primer día), con una asistencia extraordinaria; ayer (25 de noviembre de 2010), fue el segundo día y entonces

empecé a apreciar o me di cuenta que la asistencia no fue igual al primer día, a tal punto que el primer día hubo que hacer la conferencia filmada y pasada por monitores a otras aulas debido a la densidad de estudiantes y resulta ser que ayer, medio salón del salón más grande era lo que había, y en el acto pregunté, entonces me dijeron: No, lo que pasa es que como aquí están todas las universidades ellos querían que los sacaran a la playa, y la mayoría se fue para la playa. ¡Ah! ¿Y los que están aquí?: los que están acá son los que tienen que presentar una actividad evaluada.

Ya había habido un episodio el día anterior, o sea, para amanecer de miércoles para jueves, fueron un grupo de muchachas y muchachos que estuvieron hasta altas horas de la noche o primeras horas del día porque retornaron al hotel que asignaron para albergar a todos los visitantes y llegaron con tal escándalo porque venían ya pasados de tragos y lo más curioso del caso es que la mayoría era del género femenino y al llegar al hotel fue tumbando ceniceros, dándoles golpes de puertas a las habitaciones o sea, despertaron al hotel completo porque estaban alojados en el “Stauffer” todas las delegaciones y bueno se formó la de san Quintín, el reclamo y las imágenes de un video mostraban la actitud en la cual se encontraban.

Yo decía, bueno.... Y otro colega que estaba allí me dijo, bueno es que son jóvenes y hay que entenderlos; pero ser joven no significa que uno haga la antítesis de lo que uno ha considerado que está mal o inapropiado y eso me llevó a

la siguiente reflexión donde algo ha decaído: Los congresos médicos, que salvo raras y contadas excepciones se ha convertido a través de las sociedades en meros entes financieros, o sea, aquí ya no importa la calidad de los congresos, lo que importa es el volumen por el dinero que las diferentes sociedades van a tener.

DOCTORANDA: Eso desde el punto de vista de quien organiza el congreso pero para muchos integrantes y muchos asistentes es un mundo de encuentro.

INFORMANTE CLAVE: Es una agenda social, más que una agenda social, entonces todo se convierte en una actividad para evitar ir al trabajo, para agarrarme una semana completa, para vivir un derrape total, entonces se pierde el sentido y se imbrican las dos cosas. Fíjate, lo que se presenta muchas veces no tiene la calidad ni lo óptimo porque no hay una selección previa y lo que interesa es volumen, cantidad más no calidad; y los que asisten encuentran más que un aprendizaje de nuevas técnicas, no te digo que no lo haya pero quizá en un porcentaje muy ínfimo; todos están pendientes de las actividades sociales, a que voy, que voy a hacer tal cosa y no de disfrutar en propiedad el congreso y desde el punto de vista de la investigación, es otro factor bioético: ¿Por qué se investiga?. Investiga realmente para hacer una producción, romper un paradigma en el campo científico donde te desenvuelves o simplemente para elevar tu ego y decir tengo 200 trabajos publicados o presentados.

DOCTORANDA: O muchas veces para preparar un currículum....

INFORMANTE CLAVE: Exacto, entonces uno se encuentra allí que es bárbaro las cosas que ocurren, entonces se ven los insólitos casos después, cuando tu vas a terminar un postgrado que los temas o los elementos científicos aportaron un trabajo especial de grado, no tienen la rimbombancia, pero no tiene el perfil, la elevación científica adecuada como para decir: qué cosa buena hizo este muchacho que se destacó en su formación como residente.

DOCTORANDA: ¿Entonces pudiésemos decir doctor, que parte de ese dilema o de este caos del ejercicio o de esta falta de Bioética en lo que es el ejercicio diario del quehacer médico pudiese venir de la formación también?, es decir, hay también caos en lo que es la formación del estudiante?

INFORMANTE CLAVE: Por supuesto. Y ahí caemos en un tema en el cual estoy muy implicado como lo es la formación del recurso humano, como lo es la modificación en cuanto a los diseños curriculares que están ocurriendo en donde al muchacho se le exige primero una incesante actitud conductual en la cual todo es un aprendizaje de memoria, en donde el sistema de competencias, de formar competencias en un área determinada ahora es que están empezando a hacerse los cambios en los diseños curriculares. Por ejemplo, yo que trabajo con 6to año, cuando tú le preguntas al muchacho un concepto determinado cuando se le presenta un caso de ese mismo concepto. Ya no podemos sacar teóricos, sino darles el caso clínico y fíjate que te he insistido mucho en el componente humano.

La universidad si está fallando evidentemente, porque no es el hecho de sacar volúmenes. La universidad falla desde el mismo momento en que enseña Ética como un relleno, o sea, aquí debe haber un cambio estructural de los principios humanísticos y éticos que deben estar implícitos en el área científica y no los elementos bioéticos como relleno porque tienen que estar involucrados desde el primer momento que establecen contacto con nuestra Escuela de Medicina.

Cada una de las disciplinas básicas, incluyendo anatomía, fisiología, fisiopatología, hay que darle un componente bioético en esa formación que hemos ido teniendo constantemente. Una de las cosas que yo le decía a la Dra. Malpica cuando estábamos creando la cátedra de Bioética, es que el muchacho, si uno va a empezar a hablarles de los próceres éticos a lo largo de la humanidad, el muchacho se va a fastidiar a menos que tu le des una dinámica de esos próceres, de la historia de la filosofía y de la ética de manera animada. Por ejemplo, vamos a hablar de Sócrates, vamos a hablar de Platón y empieza que por allá, por la mitología griega y tal, cuando uno tiene que empezar a utilizar incluso diferentes tipos de recursos en el modelo de aprendizaje para captar la atención, es muy distinto a si tu comienzas a mostrarle esos próceres pero con casos directamente implicados con ellos.

Chichita, como nosotros la conocemos, Carmen Cecilia Malpica quien fue mi profesora y quien me abrió las puertas de la universidad tanto la pública como privada para que yo dé bioética, siempre se ha quedado boquiabierta..... mira, en

el último curso que tuve en la Arturo Michelena de Bioética tenía casi 60 estudiantes, y 60 estudiantes que por expresión de ellos mismos sentían una motivación especial cuando iban a mis clases de Ética, porque ahí le permito que ellos expresen lo que piensan pero les pongo dilemas éticos y se generan confrontaciones entre ellos mismos que al final de la jornada ha permitido conocerse entre ellos, conocer cómo piensan los otros y les he puesto dilemas existenciales que permiten mostrarles que muchas veces el devenir ético está en función de tu vivencia más que en lo que tú lees.

A mí una vez me preguntaron: ¿Qué era la vida?, y me lo hacían a propósito de uno de los libros y la periodista me dice: “Bueno, usted que trabaja y que es obstetra, ¿Qué es para usted la vida?, y le dije: Yo te voy a dar una definición tal vez poco ortodoxa y puede ser que te genere impacto pero yo considero la vida una constante justificación y una permanente contradicción. La muchacha se me queda mirando y me dice: ¿Y por qué usted dice eso?, y le digo: una permanente justificación porque a todos nuestros actos para bien o para mal uno le busca una justificación, a tal punto, que cuando tú dices tú verdad verdadera la gente no te cree y te dice: “No; pero dime la verdad”. Por ejemplo: ¿Por qué no viniste a la fiesta?, “Porque no quise”.... “No, anda vale dime por qué no viniste”. O sea la gente como que está buscando que tu le digas: “No; es que se me espichó el caucho”, y sabe que es mentira pero como que queda complacida que tu le estés diciendo una mentira, con lo cual también caes en una falta de ética, verdad?; porque no estás diciendo la verdad verdadera aún cuando la verdad está

entredicha, porque la verdad absoluta no existe, y es una constante contradicción, porque es muy fácil en un sentido basal, tu decir, yo, ante tal circunstancia haría tal cosa. Pero resulta ser que cuando te toca una circunstancia similar, terminas haciendo todo lo contrario a lo que en principio habías ideado.

Si esto lo llevamos a la ética, es muy fácil decir: “Yo haría tal cosa”, pero cuando toca vivenciarlo haces lo contrario, entonces allí es donde prevalece la consciencia, es allí donde prevalece la formación de familia, es allí donde prevalecen los profesores que te formaron, es allí donde prevalece tu don de gente y comportamiento en sociedad, inclusive más que la norma.

¿Por qué tienes que poner un fiscal en la esquina de un semáforo para ver si la gente se para o no arriba del rayado?, cuando tiene que ser un acto de consciencia porque en la medida que tú te pares arriba del rayado simplemente estás colocando arriba del peatón que tenga que meterse por otro lado pero en contraposición, porque el peatón tiene que atravesarse en la calle por donde no es; ¿Por qué un taxi tiene que ir super abarrotado?, si tu le preguntas al taxista, bueno si él se quiere montar e ir guindado como una bandera ese es problema de él; y si tu le preguntas al que va como una bandera: “Es que tengo que llegar temprano al trabajo”, y tu le preguntas y por qué?: Ah, porque me quedé más tiempo durmiendo. ¿Entonces, donde está el sentido de responsabilidad?; es conducta ciudadana y es aquí donde todos estamos comprometidos, absolutamente todos (volvemos a salirnos de lo médico para entrar a lo general).....

DOCTORANDA: No se puede desvincular....

INFORMANTE CLAVE: Entonces si tú no tienes un comportamiento moral y ético en el día a día de todos tus días, ¿cómo se puede implementar y ser bioético en el ejercicio de tu profesión? La familia cada día se descompone más, cada día es más frecuente el encuentro de familia se hace cada día más frecuente. Eximo: es muy raro encontrar una familia que a la hora del almuerzo estén juntos y el tiempo sigue siendo el mismo, porque en estas latitudes uno te habla que el tiempo pasa demasiado rápido, el giro de la tierra es exactamente igual. Ahora, ¿qué es lo que tú haces para que el tiempo pase más rápido?

DOCTORANDA: Quizá la dinámica social actual.

INFORMANTE CLAVE: ¿Y eso a que está llevando? A una deshumanización del hombre, porque si ya tú no tienes ese punto de encuentro donde papá y mamá compartían el momento del almuerzo y ya cada quien come por su lado, ya el concepto de diálogo se está perdiendo y si a esto unimos la policromía de frases con múltiples significados o lo que es más aberrante aún, la nueva literatura que se está implementando, en los mensajes de texto, que están cortando frases y te están poniendo signos. Ya los teléfonos vienen con caritas, que si se ríe está feliz, es decir, estamos a la antítesis, estamos al inicio; ya lo que nos falta va a ser escribir en las tabernas y de utilizar múltiples fases para explicar y decir lo que siento y mira como incide directamente esto en nuestro ejercicio de la

profesión.... Porque si el paciente ha perdido esa capacidad de comunicación o utiliza palabras para darles múltiples significados, nosotros que nos nutrimos en la historia clínica de lo que nos dice un paciente, imagínate tú que te llegue un paciente y tú le digas: Cómo te sientes? Y él te saca una carita con un ojito cerrado para decir que le duele el ojo, osea, allí es donde estamos llegando.

DOCTORANDA: De forma tal que este pudiese ser el detonante de retoma de la Bioética para la aplicabilidad clínica?

INFORMANTE CLAVE: Claro, yo insisto que tenemos que volver a nuestros inicios, yo insisto que tenemos que promover el rescate pero eso no es una decisión tuya ni una decisión mía. Eso es una causa común y aquí tienen que participar todos los componentes de la sociedad: profesor, maestro, medios de comunicación....

DOCTORANDA: Ahora doctor, ¿Debería uno tener una meta que sea común también para todos?. Esos intereses particulares de los que hoy somos víctimas de alguna forma, es decir, el estar dentro de grupos tan heterogéneos quizá con aspiraciones que son distintas muchas veces a las inquietudes de este grupo de bioeticistas que está en búsqueda del rescate. Cómo hacer para tratar, de alguna forma de impregnar a las personas que no están muy familiarizadas con esto de la Bioética Clínica?

INFORMANTE CLAVE: Tenemos que comenzar por los inicios. Si nosotros tenemos una buena formación ética en el estudiante de medicina, él va a llevar esa actitud y comportamiento a medida que pase. Sin embargo, infortunadamente aún cuando esto yo no te quiera decir que no se pueda lograr, infortunadamente vivimos en un mundo exageradamente material.

El muchacho cuando sale de nuestras aulas, si bien es cierto él lo que quiere es ir a trabajar, no es menos cierto que él quiere ir a buscar una recompensación superlativa en el plano económico. Fíjate tu este ejemplo: antes de que tu llegaras yo lo hablaba con unos estudiantes; Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargo público de índole asistencial, es indispensable haberse desempeñado al menos un año en cargo médico rural o dos en internado rotatorio. Tenía un estudiante de quinto año que iba para sexto y me dice: doctor, me estoy enterando de esto y nosotros queremos que usted nos explique por qué muchos de los muchachos que ahorita se están graduando dijeron: “No, no, yo no me voy a meter en el internado rotatorio porque ahí es dedicación exclusiva. Por un lado son dos años, y fijate tú si yo me apurara a que me den el título, voy a trabajar en tres o cuatro clínicas privadas, que me esté ganando 4 o 5 millones en cada uno, ponte, allí me redondeo 18 millones y después me meto a INSALUD que me paguen unos cuatro más; voy a ganar 22 millones de bolívares mensuales (22 mil bolívares fuertes).

DOCTORANDA: En ningún momento se ha vislumbrado la atención médica, la relación médico-paciente en ese proyecto de vida.

INFORMANTE CLAVE: Él lo que está pensando es en lo que va a ganar. Ok, yo te acepto que todo en la vida tú tienes que tener superación, totalmente de acuerdo, pero con esto no me digas que está bien ir hacia atrás, no, no. Me parece muy bien que tenga perspectiva: ¿Qué calidad?. Si ese muchacho me va a trabajar en un sitio distinto a donde me va a hacer guardias: ¿Qué calidad de prestación va a hacer un rural, la cual se ha convertido en una pre guardia y una guardia, o sea, una persona

que me haga una guardia de 24 horas en la clínica, por lo muy light que pudiera ser, es una guardia. Cómo va a ser su comportamiento y actitud en esos dos días que tiene que trabajar una pre guardia y una guardia; Cómo va a hacer?; qué culpa tiene el paciente que vaya a ese centro de encontrarse con un personal recién graduado, cansado porque tiene que trabajar tres días de guardia; Cómo va a ser la actitud en la cual se va a unir inexperiencia, desconocimiento con cansancio?. Entonces, eso se reduce al insólito caso de uñas encajadas en los hospitales de 4to nivel.

Exceso de pacientes que a su vez, trae otras consecuencias logísticas bien sea por desabastecimiento, por las razones que sean pero IV Nivel es IV Nivel en el área hospitalaria. ¿Dónde queda la conducta ética y moral de este niño que sabe que existe una ley impositiva que le prohíbe ejercer en privado si no tiene artículo 8?; y ¿dónde queda la conducta de quien teniendo clínica se buscan a estos

muchachos recién graduados, pagándole mucho por debajo de lo que le corresponde porque saben que ellos no pueden protestar ante cualquier ente, porque están haciendo ejercicio ilegal?, y cómo queda el dueño de la clínica que está violando la norma de emplear a médicos que están recién graduados que son contratados por personas que no les importa violar la Ley del Ejercicio de la Medicina.

DOCTORANDA: Y cómo quedaría ese paciente expuesto obviamente a toda esa situación?

INFORMANTE CLAVE: Se dice esto?, no se dice. Quien es responsable?, quienes formamos médicos. Porque, ¿cómo es posible que aquí se le da una clase, hay curso de Ética, hay curso de Deontología, de Ley de Ejercicio y como la meten?, como relleno en un horario inapropiado el muchacho la ve como fastidio.

DOCTORANDA: Pudiésemos decir entonces que uno de los dilemas sería por ejemplo, la parte materialista, el materialismo donde estamos inmersos.

INFORMANTE CLAVE: El materialismo porque estamos a espaldas de las universidades de no implicar los elementos bioéticos desde el inicio de la carrera. Fíjate, yo pondría la Bioética a verla los seis años y ahí tendríamos el primer eslabón de la persona cuando llega al postgrado.

En los hospitales, tenemos comisiones de ética que se convierten casi en tribunales, porque a las comisiones de ética lo que llega es la iatrogenia que se ha cometido, cuando debería ser lo contrario. Las comisiones de éticas en los hospitales son las que deberían agarrar el toro por los cachos y comenzar a hacer campañas de formación, de actualización médica en el campo ético y no convertirse en un elemento simplemente para recibir los casos de violación de ética que es en lo que se convierte.

Entonces, se convierte la ética como en el tribunal inquisidor, persecutorio, que va a estar pendiente de la mínima falla para cortarle la cabeza a un residente y a eso le unimos que si eso se hiciera en torno a todos los niveles tanto en adjuntos, tanto en residentes, tendríamos ya un segundo eslabón, fíjate:

Te hablé primero de la universidad.

Te hablé en segundo plano de las Comisiones de Ética referida a los hospitales.

Ahora vamos a las especialidades en particular: quienes coordinan, quienes forman parte, los jefes de Departamento tienen que ser motivadores individuales de crear los elementos éticos y morales afinados exclusivamente a la especialidad. Aquí no se puede llegar a un punto de que se reintervenga varias veces a un paciente porque le dejaron una gasa o porque le dejaron una compresa. Y como no, es algo que entiendo que es factible que pueda ocurrir pero ¿en qué se deriva eso? Simplemente en una política de acusaciones: Yo tengo una instrumentista que debe decir, una instrumentista que debe contar, un cambio de guardia de enfermería en el medio de la intervención quirúrgica, muchas veces no

sabe lo que le dejó la otra y cuando se reclama a nivel de enfermería: “es que no puede quedarse completa porque ellas trabajan en otro centro” y entonces cada quien como quitando responsabilidad y resulta que es la vida de un paciente. A esto se le une una población que con el paso del tiempo más que ver la majestuosidad como veía el emperador romano al médico, ve cómo el médico por política acusan al médico de irresponsable y malo.

A este evento se le suman las crisis asistenciales, el volumen de paciente, el desabastecimiento del material médico quirúrgico e infortunadamente las respuestas agresivas de pacientes unidos a las respuestas agresivas de médicos y agresividad con agresividad se potencian.

DOCTORANDA: O sea, que tenemos elementos en esos dilemas bioéticos del ejercicio quirúrgico actual del orden académico, donde obviamente la universidad hemos asumido que tiene alguna responsabilidad en cuanto a la formación de los médicos, obviamente en el orden asistencial en cuanto al fallo de las figuras de autoridad, a esa horizontalización de ese trato adjunto-residente, que obviamente estamos en una sociedad materialista y esto nos hace un poquito insensibles, en que hay una crisis asistencial debida a los insumos, es decir que hay varios elementos que intervienen que son de mucha importancia.

Doctor, para resumir un poco acá, sabemos obviamente que usted se desenvuelve en el ambiente ginecobstétrico pero obviamente como una figura de autoridad importante dentro del hospital pudiese estar en contacto directo con la

determinación de necesidades y de los dilemas del área quirúrgica. A su parecer dentro de todo lo que usted obviamente ha vivido, ha palpado, ¿cuáles son los elementos más importantes de ese ejercicio médico-quirúrgico actual que impiden el buen funcionamiento y en un ejercicio de calidad?

INFORMANTE CLAVE: La falta de liderazgo, radicalmente te lo digo. Si yo te voy a vender este bolígrafo yo tengo que estar convencido de que este bolígrafo es bueno; si yo en esto no creo, no tengo autoridad moral para venderte el bolígrafo. Mire colega, yo me he encontrado con actitudes que rayan con lo superlativo de la barbaridad de ver dentro de quirófano a residentes sin tapa boca, de ver especialistas dentro de quirófano y de ver anestesiólogos sin tapa boca y de yo llamar la atención y responder: “Que fastidio”. Mire, ni el más insensible de los insensibles no puede dejar de enervar su molestia cuando los primeros que tienen que dar el ejemplo te dicen: “Que fastidio” y ¿usted sabe lo que representa un acto quirúrgico y de las razones del porqué hay que utilizar una indumentaria adecuada para operar a un paciente y cuando me han visto molesto porque indefectiblemente he tenido que actuar y anteponer mi función de directivo dentro del hospital, terminan diciéndome: para que usted reclame véngase de noche para que vea que se meten hasta con ropa de civil a un quirófano.

DOCTORANDA: Volvemos a lo del inicio, estamos haciendo entonces lo que criticamos.

INFORMANTE CLAVE: Totalmente.....

DOCTORANDA: Y en el área de emergencia de cirugía general, un poquito fuera del área de quirófano?

INFORMANTE CLAVE: En el área de emergencia la densidad de pacientes es un factor que pudiera incidir.....

DOCTORANDA: Por eso de la justicia distributiva?

INFORMANTE CLAVE: Sí, porque los recursos se van mermando. Pero eso no es óbice doctora para que se me trate mal y se me humille a un paciente, porque un paciente no viene a derrochar físico a un hospital. Así sea por una uña encajada en un nivel inapropiado. O sea, yo no puedo tolerar que residente alguno, dándome como excusa el no tener sonda, el no tener mecanismos para trabajar, el volumen de pacientes, el que no le paguen, venga a tratarme mal a un paciente que no tiene en lo absoluto culpa de las condiciones en las cuales están sumergidos, y que eso es precisamente lo que es ser profesional. Porque ser profesional es saber administrar sus emociones, saber administrar con lo que tiene, acudir a la instancia reglamentaria y darle un mejor trato. Pero es que se pierde el sentido humano y aquí se me dice: “Yo trato mal porque a mí no me han pagado”.

DOCTORANDA: Desmotivación, pudiese ser otro elemento integrante.....?

INFORMANTE CLAVE: Por supuesto. Sin una motivación en lo que estás haciendo, no generada en donde estás, obviamente eso va a repercutir.

DOCTORANDA: A una hora, cuatro minutos y cincuenta segundos se termina este encuentro con el informante clave.

ESCENARIO V

CONCLUSIONES

El trabajo titulado “Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico” nacido del interés por resaltar los elementos integradores del ejercicio quirúrgico del sector público venezolano visto desde la perspectiva actual y bajo la filosofía aristotélica, buscó explorar y descubrir en el diálogo con la realidad a partir de los protagonistas de ese ejercicio (cirujano general, residentes de postgrado de cirugía general, paciente quirúrgico y figuras de autoridad de la práctica médica) los principales dilemas bioéticos del ejercicio quirúrgico.

Como autores de la presente investigación y previo consentimiento informado de los mismos, tanto cirujanos generales, residentes del postgrado de cirugía general del sector público de salud y pacientes quirúrgicos que acuden a los hospitales tipo IV, proporcionan la información y elementos que ensamblan la interpretación del ejercicio quirúrgico actual en nuestras instituciones públicas de salud. A estos protagonistas de la investigación en desarrollo se les considerará Sujetos de Estudio o Informantes Claves.

La Bioética vista como vía para rescate de la humanización de la medicina debido al impacto desmedido del avance tecno-científico y otros factores del orden poblacional, económico y social, busca impregnar el ejercicio médico quirúrgico de una visión integradora donde lo humano en su amplio contexto no se separe del cuerpo enfermo y de su imperiosa necesidad de curación.

El enfoque metodológico de la investigación se abordó desde el paradigma complejo donde se impone el A-Método, es decir, donde la metodología sin alardes de preestablecida ni veraz busca esa veracidad en la realidad de cada uno de los seres que a diario la viven, disfrutan y padecen.

En el curso de los Seminarios I, II, III se plasmó el fenómeno de estudio, la intencionalidad, los propósitos general y específicos, la contextualización del fenómeno de estudio y su propuesta metodológica. El seminario IV articuló los conceptos y aportes obtenidos en el curso de los tres primeros seminarios y de plasmar a través de un instrumento piloto la posición de un grupo de informantes claves para enriquecer lo teórico y, presentado el proyecto, abrir el escenario de los próximos seminarios que se cursaron en el doctorado de ciencias médicas. El resto de los seminarios consolidaron la recopilación de datos y obtención de resultados.

La práctica quirúrgica actual no sólo depende de la técnica del cirujano que ha sido a través de los siglos la piedra angular de desarrollo en el campo de la cirugía, sino de factores externos y morales que forman un complejo campo profesional.

DIALOGANDO CON LA REALIDAD DEL EJERCICIO QUIRÚRGICO PÚBLICO A PARTIR DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Una vez que la investigadora construye el instrumento a aplicar a los sujetos de estudio e informante clave, se somete a un proceso de epojé, definido como una “descontaminación de los propios juicios” o “deslastrarse de los prejuicios” se procede a explorar los contenidos de las respuestas de cada uno de los abordados. A continuación se presentan las conclusiones de cada abordaje circunstancial.

DIÁLOGO CON LA REALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE CIRUJANOS Y RESIDENTES DE POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

Los cirujanos generales adjuntos al servicio de cirugía de Hospital Universitario IVSS “Dr. Ángel Larralde” y los residentes del postgrado de cirugía del mismo hospital hicieron una participación valiosa con entrega e interés en la temática de estudio. El 70% de los abordados fueron residentes y un 30% adjuntos. Los primeros se mostraron más participativos en la investigación debido a la permanencia de estos en el hospital la mayor parte del día.

El 55% de los abordados mostraron una visión desalentadora del ejercicio quirúrgico actual al describirlo como deficiente, controvertido, desordenado, peligroso, desactualizado, superfluo e indefinido. Esta visión procede de necesidades insatisfechas del orden hospitalario donde la oferta-demanda institucional, hacinamiento intrahospitalario y carencia de insumos y equipos

quebrantan diariamente la **JUSTICIA DISTRIBUTIVA** como principio bioético.

La falta de ética profesional y las responsabilidades administrativo-institucional derivada de la sustitución de “insumos necesarios” por “insumos existentes” fueron las necesidades sentidas más importantes.

La sustitución de recursos, equipos e insumos puede disminuir la calidad de atención del paciente y el resultado quirúrgico desde el punto de vista técnico y puede acarrear problemas del orden médico legal al no actuarse apegado a lo que se conoce en el ejercicio como universalmente aceptado y estudiado.

Los adjuntos cuyo ejercicio quirúrgico supera los 10 años apuntaron a que las nuevas tecnologías son los cambios más vertiginosos que ha sufrido el campo de la cirugía en todos los tiempos. Por otra parte, el 45% de los cirujanos y residentes han deseado en algún momento de la práctica quirúrgica haberse desempeñado en otro oficio o profesión, porcentaje que se aproxima a la mitad de los abordados.

Las sugerencias de los entrevistados para mejorar el ejercicio quirúrgico, coinciden en optimizar la enseñanza tanto en pre y postgrado y en la administración de recursos para llegar a las necesidades de todos los pacientes sin distinción.

Soy de la opinión de que no puede seguir estando en manos de los especialistas la decisión de la repartición de los recursos durante la jornada laboral por colocarnos este acto en un dilema ético. Por ejemplo: tengo material para realizar cinco curas postoperatorias; tengo un turno en el quirófano de emergencia y tres pacientes esperando ser intervenidos.

Este tipo de escenarios nos ponen frente a una realidad que puede justificar el deseo de migrar a otras áreas en algún momento, sin que ello se traduzca en una falta de vocación o compromiso.

Los cuatro principales Dilemas Bioéticos enfrentados en la cotidianidad: las jornadas laborales extenuantes por la merma de nuestras capacidades intelectuales y técnicas, la presencia de riesgos laborales en pacientes no estudiados que pone en riesgo tanto a los profesionales de salud como a los mismos pacientes por las consideraciones especiales que ameritan, las discusiones de casos y enfrentamientos intelectuales generados delante del paciente quirúrgico y la atención de pacientes testigos de Jehová.

En relación a la percepción que tienen los abordados sobre el paciente quirúrgico se produjo una teoría a través del análisis comparativo continuo que reza lo siguiente:

“El 80% de los cirujanos adjuntos y residentes de postgrado de cirugía general abordados, afirman que el paciente quirúrgico se diferencia de pacientes de otras especialidades por presentar un alto grado de estrés, ameritar atención inmediata y pormenorizada, cursar con un gran número de patologías agudas, su morbimortalidad depende de la evaluación clínica integral para obtener un diagnóstico de certeza, enfrentar incertidumbres generadas por la cirugía, el acto anestésico, potenciales complicaciones postoperatorias y la recuperación tras la injuria quirúrgica como acto igualmente estresante pero justificado y necesario para mantener la vida”

Un dato relevante es que a pesar de ver al paciente quirúrgico como un paciente lleno de necesidades especiales, el 65% de los abordados: **“No poseen confianza en los pacientes quirúrgicos”**. Esta aseveración se desprende de la falta de compromiso mostrada por algunos pacientes en torno a su recuperación post-operatoria y apego estricto a las órdenes médicas lo que llega a derivar en complicaciones postoperatorias y reingresos hospitalarios múltiples. Por ejemplo: Pacientes con pancreatitis crónica alcohólica que no abandonan el hábito.

En relación al medio laboral: el 95% concluyó que no existe justicia en su medio laboral y el 90% no percibe relación entre el trabajo y la remuneración económica.

DIÁLOGO CON LA REALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

El 55% de los pacientes quirúrgicos eran del sexo masculino y el 45% restante del sexo femenino. Previo consentimiento tanto verbal como escrito, se aplicó la entrevista abierta a los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el HUAL durante el primer trimestre del año 2011 y la primera pregunta versaba sobre como describirían en una sola palabra su sentir actual; las respuestas fueron las siguientes: Bien y adolorido/a ocuparon el 40% del total de las respuestas a favor de la sensación de bienestar.

Es imperativo mencionar que las respuestas de los pacientes quirúrgicos así como de cirujanos y residentes giran en torno a los Principios Bioéticos propuestos en 1979 por Beauchamp y Childres (¹⁰⁴). Esos principios se resumen en el siguiente infograma como: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. A ellos se suman el principio de responsabilidad y precaución contemplados en el Código de Bioética y Bioseguridad de 2008 (¹⁰).

Infograma 13 Principios Bioéticos



Fuente: [www. Principles of medical ethics](http://www.Principlesofmedicalethics)

A continuación se plasmará un infograma donde se evidencia el contenido bioético en una respuesta obtenida de un paciente quirúrgico de larga estancia hospitalaria. Estos pacientes tienden a mostrar desaliento por el entorno tras un largo período de ingreso hospitalario.

Infograma 14

Perspectivas de un Paciente Quirúrgico



Fuente: Elaboración Propia.

Las teorías derivadas del abordaje de los pacientes quirúrgicos y obtenidas a partir del análisis comparativo continuo, fueron las siguientes:

“La reacción del paciente ante la cirugía es diversa, desde el miedo a la alegría, desde afrontar hasta evadir y deriva de sus creencias, conocimientos, valores, estados de ánimos y entorno familiar”.

“La reacción de los familiares de pacientes quirúrgicos al momento de informar sobre la cirugía se desprende de sus experiencias previas e incluyen miedo, reacciones divididas, motivación y reacción compartida con el paciente”.

“La cirugía es una disciplina científica que alberga diversas expectativas, creencias y emociones, de carácter resolutiva, atemorizante, dolorosa y castrante pero imprescindible para preservar la vida del paciente quirúrgico”.

“Las experiencias obtenidas de este proceso quirúrgico son enriquecedoras contemplando el autocuidado del paciente, el reencuentro con él mismo y con su entorno, reconocimiento del aporte de quienes le rodean, acercamiento y necesidad de aferrarse a una fuerza superior y dar amor al mundo empezando por recobrar el amor propio”.

En el abordaje circunstancial cualitativo del paciente quirúrgico se evaluaron diversos aspectos como intencionalidad del abordaje, debilidades y fortalezas evidenciadas por los pacientes en el servicio de cirugía general del HUAL, aportes que realizarían los pacientes para mejorar la calidad de la atención, enfoque dimensional de las necesidades sentidas por los cirujanos, residentes y pacientes entre otros.

Uno de los resultados más contradictorios fue que a pesar de que el 82% de los pacientes no firmaron el Consentimiento Informado para el acto quirúrgico, este no fue considerado uno de los principales dilemas bioéticos para cirujanos y residentes de postgrado.

El 82% de los pacientes no conocen sus derechos como pacientes quirúrgicos, sólo el 50% de los que ingresaron fueron informados sobre la cirugía a realizar, por lo que la mitad de ellos se llevó a mesa operatoria sin estar en conocimiento de cuál era el procedimiento a que sería sometido y sus potenciales complicaciones.

Los pacientes consideraron que el impacto de la entrevista estuvo encaminado principalmente a conocer sus emociones, pensamientos, necesidades para de esta manera poder activar mecanismos que busquen mejorar la atención del paciente quirúrgico del servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

***DIÁLOGO CON LA REALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL
INFORMANTE CLAVE***

En reuniones pautadas con el Coordinador Docente de estudios de Pregrado y Postgrados del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL), Valencia-Edo. Carabobo, se expusieron los elementos integradores de la práctica médica y particularmente de la quirúrgica y las principales necesidades sentidas y/o dilemas bioéticos vividos en ejercicio diario fueron los siguientes:

- 1.- Divorcio diseño curricular con realidad social.
- 2.- Merma administrativa producto del crecimiento demográfico.
- 3.- Carencia de conocimientos básicos para el nivel universitario.
- 4.- Desmotivación profesional.
- 5.- Horizontalización profesional Residentes - Adjuntos.
- 6.- Intereses económicos personales superpuestos al bienestar del paciente.
- 7.- Incremento de la violencia de pacientes y familiares de los mismos.
- 8.- Jornadas laborales extenuantes.
- 9.- Ausencia de toma de responsabilidades por parte de las figuras de autoridad.
- 10.-Alteración de historias clínicas de pacientes sometidos a revisión de historia.
- 11.- Necesidad de inclusión de avances tecno-científicos en la práctica quirúrgica.
- 12.- Cambio generacional producto de las familias modernas.

ESCENARIO VI

“ABRIENDO LA JAULA”

Abrir la jaula en la investigación como aforismo acuñado por el Dr. Jesús Leal Gutiérrez ⁽⁹²⁾, profesor de metodología de investigación, es conflictuarse y dudar entre el paradigma tradicional de investigación al cual hemos sido expuestos (positivista) y los nuevos paradigmas que el investigador ha conocido. Los escenarios que servían de encuentro para las inquietudes de todos los cursantes de las distintas cohortes del doctorado de ciencias médicas fueron denominados *laboratorios vivenciales transdisciplinarios* sirviendo de estímulo para enfrentar el llamado **TMT: Todo Menos Tesis** al cual hace referencia el investigador en su publicación *La Autonomía del Sujeto Investigador* ⁽⁹²⁾.

En el momento de decidir el paradigma de la investigación, no es infrecuente que asalte el deseo o la intención de realizar el trabajo bajo el paradigma que nos acobijó durante los estudios universitarios: El Paradigma Positivista. Sin embargo, el tomar los estudios doctorales supone un reto al que debemos estar a la altura, así como sus seminarios nos ofrecen distintas formas de hacer investigación. Nuestra mente debe ir de la mano con las nuevas propuestas investigativas por lo que la investigadora tomó el reto de realizar una investigación bajo el paradigma de la complejidad. Con el cierre de la investigación, corroboró que fue la elección más apropiada para el trabajo en el cual quería sumergir mi “epojé” por lo que dejó la invitación al atrevimiento metodológico.

ESCENARIO VII

REDEFINICIÓN DE LA MIRADA FILOSÓFICA A PARTIR DE LOS APORTES OBTENIDOS CON LOS ABORDAJES CIRCUNSTANCIALES

La cirugía como ciencia ha sido ancestral y los resultados que de su práctica deriva son innegables. Su concepción etimológica hace referencia al “obrar con la manos” por lo que en esencia la cirugía ha sido entendida como una virtud humana (vista desde la concepción aristotélica) que la vincula a habilidades técnicas.

Con el devenir del tiempo y la incorporación de nuevos instrumentos y técnicas para las laparotomías así como el advenimiento de cirugías mínimamente invasivas (acuscopia, laparoscopia, NOTES: cirugía por orificios naturales) lo técnico ha crecido de manera desmedida dejando lo humano relegado para especialidades puramente clínicas. (Ej.: medicina interna o pediatría). Ese perfeccionamiento de la técnica se ha desligado del crecimiento paralelo de la máxima de las relaciones humanas: la relación cirujano-paciente quirúrgico.

En el sector público de salud, la superpoblación origina dilemas derivados de la repartición equitativa de recursos e insumos (justicia distributiva). La Bioética, disciplina filosófica que resguarda los valores de la conducta humana, actúa como ciencia de rescate de este escenario en el que se desarrolla la cirugía postmoderna.

La bioética surge como una respuesta primordial a los conflictos suscitados por el rápido avance del conocimiento científico y técnico en las diferentes áreas de la medicina y la biología, sumados a la identificación de los efectos nocivos en el medio ambiente como consecuencia de la contaminación indiscriminada del planeta ⁽¹⁰⁵⁾.

Hoy en día, esta rama de la filosofía se centra especialmente en el análisis de desafíos morales que hacen su aparición en las constantes investigaciones y en los incesantes progresos en el campo de las Ciencias de la Salud ⁽¹⁰⁵⁾.

Uno de los elementos que han distinguido históricamente las profesiones de los meros oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos. Tanto es así que la elaboración de un Código Deontológico de comportamiento era uno de los signos que marcaban tradicionalmente la conversión de un oficio en una profesión. De esta manera, la responsabilidad moral, por encima de la responsabilidad jurídica, constituía, junto con la elevada cualificación en un determinado campo del saber, el santo y seña de la identidad de un profesional ⁽¹⁰⁶⁾.

El paradigma de la complejidad guía esta investigación. Este enfoque metodológico contempla dos abordajes circunstanciales a través de instrumentos como la entrevista estructurada.

Esos abordajes son: uno cuantitativo cuyos resultados se expresan en datos discretos, porcentuales y representan ulteriormente en tablas y gráficos y otro abordaje circunstancial cualitativo cuyos resultados se procesan en un software diseñado para contrastar las respuestas emitidas por los abordados basados en la creación de una unidad hermenéutica recreada desde un software denominado ATLAS.ti. Esta unidad hermenéutica consta de la recolección, preparación y almacenamiento de datos cualitativos.

La complejidad está así ligada a una cierta mezcla de orden y de desorden, mezcla íntima, a diferencia del orden/desorden estadístico, donde el orden (pobre y estático) reina a nivel de las grandes poblaciones, y el desorden (pobre, por pura indeterminación) reina a nivel de las unidades elementales ⁽¹⁰⁷⁾.

La complejidad es paradigmática en tanto articula y reordena el conocimiento. Una autoorganización del conocimiento que vincule lo desvinculado es lo que Morin denomina “pensamiento complejo”.

El pensamiento complejo busca distinguir, reconocer lo singular y lo concreto sin desunir; integra religando en un juego dialógico: orden, desorden, organización, contexto e incertidumbre sin dar como verdad esa particular organización de un conjunto determinado ⁽¹⁰⁸⁾.

El estudio de los fenómenos (fenomenología hermenéutica) que derivados del ejercicio quirúrgico viven los cirujanos generales, residentes, pacientes y familiares de pacientes (expectativas, emociones, sueños, estados de ánimos, temores, incertidumbres, entre otros) consigue en este y otros programas de análisis comparativo de elementos cualitativos un escenario para su desarrollo, comprensión y validez.

La hermenéutica nos resplandece para pensar desde el diálogo de las mentes, en tanto el conocimiento se construye en el tránsito de un horizonte contextual a otro, al poner a volar los imaginarios propios del intelecto para asociar, relacionar y religar ideas y significantes en la necesaria comprensión de la realidad. De este modo, hacemos hermenéutica cuando construimos interpretaciones que integran y enriquecen lo que se conoce acerca del mundo de la vida, que trascienden en el tiempo dadas las circunstancias del contexto, y por supuesto, desbordan el propio lenguaje que narra lo conocido ⁽¹⁰⁸⁾.

La internalización de este método como episteme válida para la elaboración de trabajos de investigación implica hacer epojé (descontaminarnos de nuestros pensamientos y paradigmas) y su aceptación es cuestión de tiempo. El advenimiento de enfoques como el fenomenológico-hermenéutico y complejo-dialógico colocan al investigador en el centro del proceso de producción de teorías, entendidas estas como la interconexión de conclusiones.

Estas formas de hacer ciencia denominadas matrices epistémicas postpositivistas, son tan válidas metodológicamente hablando como los trabajos reproducibles en condiciones estandarizadas.

Esta orientación postpositivista hace un rescate del sujeto investigador y su importancia, reconoce que el investigador en el proceso de producción del conocimiento involucra su formación previa, sus valores, creencias, intereses e ideales, trasfondo que le da sentido y significado a lo observado.

Aquí surge el concepto de “intersubjetividad” el cual reemplaza así al concepto de “objetividad”, que según Heisenberg hasta en la misma física “se ha evaporado”⁽⁹²⁾.

El paradigma de la complejidad ha permitido explorar la presente temática de estudio en un contexto amplio, en conexión profunda con la realidad percibida por cada uno de los protagonistas, fenómeno que no permite abordaje desde el positivismo que preconiza lo medible, cuantificable y repetible a lo largo del tiempo con los mismos instrumentos y parámetros utilizados.

ESCENARIO VIII

APROXIMACIÓN TEÓRICA A COMPETENCIAS BIOÉTICAS PARA LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO EN VENEZUELA

La Cirugía General como especialidad se está enfrentando en los últimos años en nuestro país Venezuela a una crisis que se manifiesta por los siguientes hechos: disminución de los alumnos que la eligen como su especialidad permanente y toman la misma como puente para otras subespecialidades, aumento de las subespecialidades bajo la concepción del “Todo menos guardia” (TMG) y ambición de mejores remuneraciones salariales.

En el desarrollo de la personalidad médica intervienen dos factores: una base médica propiamente dicha que no es más que la sumatoria del conocimiento científico y las habilidades técnicas por un lado, y por el otro, una superestructura representadas por un conjunto de cualidades de diverso orden que contempla: 1.- conducta moral, 2.- el sentido humanitario que le imprime al médico en su gestión como la bondad y la tolerancia, y 3.- cultura y refinamiento individual en lo que concierne al conocimiento de la literatura, el arte, la historia, la filosofía, la música, etc. En la producción de esta superestructura muy poco o casi nada aporta la universidad, lo cual traduce que el cultivo de esta superestructura es eminentemente individual ⁽¹⁰⁹⁾.

El desarrollo de una adecuada personalidad médica, entiéndase conocimiento científico, habilidades técnicas, conducta moral, cultura y humanitarismo, dependerán en su mayor grado del interés mostrado por el médico, de su iniciativa individual dejando claro que las oportunidades para llevarlo a cabo han existido y existen siempre ⁽¹⁰⁹⁾.

El sujeto debe introducirse de manera reflexiva en el conocimiento de sus objetos y esto exige un principio de conocimiento más rico que el principio de simplificación/disyunción/reducción, que se puede llamar el principio de complejidad ⁽⁹⁶⁾.

El trabajo de Tesis Doctoral del Dr. Oswaldo Guerra, Cirujano Oncólogo de extraordinaria trayectoria en nuestro país y específicamente en el Estado Carabobo titulado “Aproximación Teórica para un Diseño Curricular en la Especialidad Médica de Cirugía General” es una invitación a transformar los estudios de cirugía general en nuestro país con la puesta en escena del curriculum basado en competencias donde además de conocimientos y destrezas el cursante de postgrado debe cumplir una serie de requisitos que comprenden habilidades, destrezas, dinamismo y proactividad apegados a un actuar altamente ético.

Los propósitos tanto generales como específicos de la Teoría Educativa tienen la orientación siguiente:

Propósitos Generales de la Teoría Educativa: El propósito general debe ser la orientación del aprendizaje, tanto intelectual como técnico, para la obtención del título universitario de Cirujanos Generales, con un enfoque de especialidad profesional, así como la capacitación para la investigación científica y el estímulo para la enseñanza. A la vez servir de instrucción básica –Core Curriculum- para aquellos cursantes de postgrado que tengan la intención de continuar, posteriormente, hacia otras distintas ramas de las subdisciplinas de la ciencia quirúrgica ⁽¹¹⁰⁾.

Propósitos Específicos de la Teoría Educativa: Es el de formar al cursante del Postgrado, tanto desde el punto de vista intelectual como técnico, en los conocimientos de las ciencias básicas y clínicas así como de la ética médica, afines a la práctica de la cirugía general, con un enfoque holístico de la especialidad, así como de capacitarlo para la investigación científica y la enseñanza de la medicina. A la vez de exponerlo a un “Core Curriculum” básico para aquellos que tengan la intención de continuar su desarrollo profesional, hacia otras subespecialidades de las disciplinas quirúrgicas ⁽¹¹⁰⁾.

“En la ciencia el éxito es el resultado del atrevimiento metodológico, no de la adhesión a una racionalidad totalmente obsoleta: “Todo se vale”

Paul Feyerabend (1924-1994)

***APORTES DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL TALLER:
“Introducción a la Bioética en la Educación Universitaria”***

Los elementos que deben integrar un programa de competencias bioéticas para la formación del cirujano en Venezuela se estructuran a partir de un intercambio de saberes durante la participación en calidad de participante al Curso Precongreso del VII Congreso Nacional y 1er Congreso Internacional de Investigación de la Universidad de Carabobo titulado : “Introducción a la Bioética en la Educación Universitaria” conducido por la Dra. Marta Cantavella, llevado a cabo los días Lunes 29 y Martes 30 de Noviembre de 2010 en el Salón Michelena del C.C. Prebo, en el horario comprendido entre las 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

De este encuentro de saberes se desprenden teorías que a continuación se presentan:

Conceptos de Bioética:

- 1.- “Es un brote reciente del árbol filosófico, en este mundo tecnificado que hace del hombre (según el mismo hombre) un nuevo Dios”.
- 2.- “Es un área de reflexión filosófica sobre las implicaciones éticas derivadas de las acciones humanas”.

3.- “La Bioética nace como respuesta a la angustia originada por el poder aparentemente infinito que otorga el desarrollo tecnocientífico y por sus efectos deletéreos en el medio ambiente”.

4.- “Ciencia que pretende rescatar a la persona humana desde lo impersonal de la tecnología hasta o hacia la humanización”.

Características de la Bioética:

Multidisciplinaria, aconfesional, pluralista, civil, autónoma, racional, crítica, global, dinámica.

Grandes áreas de la Bioética:

Jurídica, Salud, Educación, Ambiente.

Importancia de la Bioética Universitaria:

- 1.- Transmite cultura y valores.
- 2.- Para impartir responsabilidad entre los estudiantes, autonomía, iniciativa propia y cooperación.

Principios Rectores de la Educación:

- 1.- Ayudar a aprender.
- 2.- Enseñar la condición humana.
- 3.- Enseñar a vivir.
- 4.- Formar ciudadanos para todo el planeta.

Educación en Bioética es lograr que el estudiante sea:

Honrado, Creativo, Sensible, Participativo, Solidario, Equilibrado.

La educación de Bioética de mínimos supone:

- 1.- Cultivar la autonomía, tolerancia y el diálogo.
- 2.- Promover niveles progresivos de justicia y solidaridad.
- 3.- Impregnar de educación la realidad social.

Docencia Universitaria enmarcada en la Bioética:

- 1.- La Universidad debe enseñar a tomar decisiones.
- 2.- La educación es una relación humana.
- 3.- El profesor no enseña sino que ayuda al alumno a aprender.
- 4.- Debe cambiar el concepto de autoridad, función pedagógica y ejercitar la autocrítica, debido a que hay varios hechos que han ocurrido en los últimos 15 años, que han cambiado el espectro del programa de formación de especialistas en cirugía general y que sustentan la implementación de propuestas muy enriquecedoras como las elaboradas por la Dra. Carmen Malpica y el Dr. Oswaldo Guerra. Esos cambios que ha sufrido la visión de la formación en cirugía son:

- Cambios epidemiológicos de enfermedades tanto aumento como disminución (obesidad y úlcera péptica por ejemplo).

- Mayor dedicación a áreas más específicas de la cirugía, lo que ha mejorado notablemente los resultados quirúrgicos: cirujanos de "alto volumen" dedicados a temas más específicos de la cirugía: esofagogástrica, mama, colorectal etc.
- Desarrollo de nuevas tecnologías que no existían hace 15 años: cirugía laparoscópica y endoscópica, cirugía de trasplantes.
- Incorporación necesaria en la práctica quirúrgica diaria de nuevos conocimientos como la bioética, la gestión clínica, la metodología de la investigación, conocimiento en computación, etc.

Aportes del IV Congreso Internacional de Cirugía y XXX Congreso Venezolano de Cirugía en el Simposium Ético Legal

En el marco de la celebración del IV Congreso Internacional de Cirugía y XXX Congreso llevado a cabo por la Sociedad Venezolana de Cirugía en el World Trade Center de Valencia, Edo. Carabobo, los días 10 al 13 de Marzo de 2010, se realizaron diversos simposiums contemplando temas relacionados con el avance tecno-científico de la cirugía general y sus disciplinas interdependientes (Oncología Médica, Nutrición y Dietética, Gastroenterología, Medicina Interna, Radioterapia Intervencionista).

Los Simposios sobre “Postgrados de Cirugía en Venezuela” “Docencia e Investigación en Cirugía” y “Ético Legal” llevados a cabo en el mismo congreso

marcan el camino de una nueva forma de mirar la práctica quirúrgica en tiempos de postmodernidad y abren horizontes para la inclusión de lo humano en ciencias consideradas como “duras” durante el devenir de los tiempos.

El Simposium sobre “Ético Legal” magistralmente coordinado por el Dr. Oswaldo Guerra, Cirujano y Doctor en Ciencias Médicas de nuestra respetable casa de estudios contó con diversos temas en la participación de:

- 1.- Dr. Juan José Taguaruco (Cirujano especialista en Derecho Médico; Abogado; Profesor de la Universidad del Zulia): Los derechos del paciente quirúrgico. Salvaguarda de la dignidad humana.
- 2.- Dr. Alfonso Socorro (Cirujano especialista en Medicina Forense; Prof. de la Univ. del Zulia): El Consentimiento Informado. Implicaciones Médico Legales.
- 3.- Pbro. Dr. Juan Duque Chávez (Cirujano; Pbro): La asistencia espiritual al final de la vida.
- 4.- Dr. Oswaldo Guerra (Cirujano Oncólogo; Doctor en Ciencias Médicas): El ambiente quirúrgico seguro. Paradigma emergente en la práctica profesional de la cirugía.

Los tópicos tratados en el simposium “Ético Legal” han sido de incalculable valor para la investigación puesto que contribuye al aporte de validez y soporte teórico a la vez que señalan como indicadores sobre la necesidad de considerarlos en la práctica quirúrgica actual.

La cirugía, la más exigente de las disciplinas médicas, en palabras de Alexander J. Walt “es una actividad ante todo, moral”. Por su carácter sobre todo intervencionista, la cirugía exige incorporar elementos de control que van más allá de la disciplina y la idoneidad personales, a fin de garantizar el óptimo funcionamiento de los servicios y la seguridad del paciente. Esta disciplina encuentra en espacios como el doctorado un lugar para el desarrollo de propuestas e inquietudes ya que la Tesis Doctoral consiste en una investigación que constituya un aporte significativo al conocimiento y demuestre tanto la formación científica, como la independencia del criterio de su autor ⁽¹¹¹⁾.

La Bioética en el campo de la cirugía examina la conducta del cirujano a la luz de principios éticos y morales. La bioética como neologismo en la actualidad es acuñada al teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, quien en el año 1927, queda convencido de que “La ciencia sin conciencia no conduce sino a la ruina del hombre” ^(114,115,116,117).

MODELO APROXIMADO E INACABADO DE COMPETENCIAS BIOÉTICAS PARA LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL

Una vez explorado las teorías resultantes del análisis de los distintos abordajes circunstanciales a los protagonistas del estudio, se esquematizan las necesidades de la especialidad de Cirugía General como sigue:

- 1.- Necesidad de basar la selección de aspirantes de nuevo ingreso al postgrado en función de un perfil que contemple no sólo promedios ponderales de pregrado o currícula vitae, sino habilidades, destrezas, iniciativa, interés, participación, sensibilidad, mística, compromiso, responsabilidad, respeto e intención clara de ejercer la cirugía general o de asumir la especialidad con apego a pesar de la intención manifiesta de concursar a futuro para una subespecialidad.
- 2.- Evaluación médica-quirúrgica continua para establecer los niveles de permanencia dentro de los estudios de postgrado que contemple la exploración de cada residente en la búsqueda de las bondades antes descritas.
- 3.- Evaluar las metas obtenidas por cada residente al momento de la culminación del postgrado para comparar si están acorde al perfil del egresado plasmado en los estudios de especialización de cirugía general.

Estos principios deben integrarse a una propuesta teórica que pueda guiar los conceptos bioéticos. Se presenta así, un *Diseño Instruccional* en Competencias Bioéticas definido este como: “Un material didáctico cuyo contenido posee los elementos que son necesarios para que se produzca el proceso de aprendizaje y tiene como propósito enseñar conceptos y permitir así la adquisición de destrezas de acuerdo a la dinámica de aprendizaje del alumno sin la intervención presencial continua del educador” (112,113,114).

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Área de Estudios de Postgrado
Especialidad: Cirugía General

**Propuesta Teórico-Práctica para Residentes del
Postgrado de Cirugía General**

Unidades:

Bioética
Filosofía
Semiología Quirúrgica
Anatomía Quirúrgica
Fisiología
Técnica Quirúrgica I

Código: 2764893
LAPSO ACADÉMICO: Año Lectivo 2011
Nivel: 1^{er} Año
Carga Horaria: 12 horas. 10 Semanas
Dr. XXXXXX XXXXXXXXXXXX
Jefe de Departamento de Cirugía General
Dr. XXXXX XXXXXXXXXXXX
Coordinador Docente de Postgrado

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Área de Estudios de Postgrado
Especialidad: Cirugía General
Nivel: I

ASPECTOS BIOÉTICOS PARA RESIDENTES DE POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

Presentado por: Dra. Nayeska M. Torres C.

FUNDAMENTACIÓN

Se presenta el siguiente programa de entrenamiento en Aspectos Bioéticos aplicados al quehacer quirúrgico para los residentes de postgrado de cirugía general, con el fin de aportarles una serie de conocimientos necesarios no solo para el diagnóstico y manejo del paciente quirúrgico, sino para lo que debe considerarse más benéfico para el mismo, así como las implicaciones éticas, morales y deontológicas de la moderna cirugía ante las nuevas condiciones del ejercicio médico.

Objetivos:

- 1.- Brindarle al residente de postgrado los conceptos básicos para que adquiera conocimientos sobre Bioética.
- 2.- Capacitarlos en la comprensión de criterios clínicos de carácter Ético, Moral y Deontológico y aplicarlos a la práctica quirúrgica.
- 3.- Prepararlos en los antecedentes de Bioética, nacimiento como ciencia, precursores, visión y misión.
- 4.- Capacitarlos para el reconocimiento del propósito de la cirugía convencional y de la cirugía moderna.
- 5.- Brindarles información sobre el logro de la felicidad, satisfacción y calidad de vida para el paciente quirúrgico y el cirujano.
- 6.- Formarlos para entender el acto quirúrgico más allá de la curación de la enfermedad, como acto esencialmente humano.
- 7.- Brindarles los conocimientos sobre la calidad del ejercicio quirúrgico, la cirugía como proceso y sistema teórico.
- 8.- Prepararlos en los conceptos de Cirugía Mínimamente Invasora como nueva teoría quirúrgica.
- 9.- Formarlos en los conceptos de Interfaz Quirúrgica, Interfaz Video-endoscópica, Telecirugía, Acuscopia, Cirugía Robótica, Cirugía *NOTES*.
- 10.- Capacitarlos en el manejo de los deberes y derechos del paciente y del cirujano general.
- 11.- Capacitarlos en el conocimiento de Trauma Operatorio, Operaciones Funcionales y Ablativas. Criterios de Operabilidad y Resecabilidad.
- 12.- Prepararlos para la comprensión del proceso salud-enfermedad, manejo multidisciplinario, miedos a los que se enfrenta el paciente quirúrgico pre, intra y postoperatorio, mediante la detección de las necesidades demandadas por ellos.

UNIDAD I: Ética, Deontología y Moral

Objetivo General: Entrenar al residente sobre el conocimiento que debe poseer de Ética, Deontología y Moral, sus diferencias y aplicación en el campo de la cirugía moderna.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Concepto	Ética Deontología Moral Diferencias	Exposición Magistral Discusión	Asistencia Participación Práctica
2	Aplicabilidad en el paciente quirúrgico	Importancia	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

UNIDAD II: Bioética

Objetivo General: Enseñar al residente sobre el concepto de la Bioética, su origen, visión, misión, precursores, alcances y en esencia, como se puede aplicar la bioética al paciente quirúrgico y cuáles serían sus aportes.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Concepto Origen Precursores Objetivos	Bioética	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral
2	Aplicabilidad en el paciente quirúrgico Alcances	Importancia	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval.Oral

UNIDAD III: Reflexiones sobre la Ética Quirúrgica a la luz de la Ética Nicomaquea:

Objetivo General: Enseñar al residente de postgrado las reflexiones sobre la Ética Quirúrgica a la luz de la Ética Nicomaquea o ética aristotélica, donde se hace énfasis en las virtudes morales que gobiernan la acción intelectual para llegar al diagnóstico.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Propósitos	Medicina Cirugía	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral
2	Diferencias	Felicidad Satisfacción	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral
3	Componentes del ejercicio moral de la cirugía	Virtudes del: Alma Moral Intelectual	Exposición Discusión Magistral	Asistencia Participación Exámen Escrito
4	Diferencias	Ética de Ser Ética de Hacer	Exposición Discusión Magistral	Asistencia Participación Exámen Escrito
5	Concepto	Calidad Iatrogenia	Exposición Discusión	Asistencia Participación

UNIDAD IV: Cirugía Mínimamente Invasiva:

Objetivo General: Entrenar al estudiante sobre el conocimiento que debe poseer de las diferencias entre cirugía convencional, cirugía de acceso mínimo y cirugía paliativa y las ventajas de cada una de ellas, así como también diferenciar entre los criterios de inoperabilidad e irresecabilidad y repercusión de ellos en el trauma operatorio.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Diferencias	Cirugía Convencional Cirugía de Acceso Mínimo Cirugía Paliativa	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral Ex. Escrito
2	Definición	Inoperabilidad Irresecabilidad	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral
3	Concepto	Trauma Operatorio Elementos	Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

UNIDAD V: Nuevos Paradigmas Bioéticos de la Cirugía:

Objetivo General: Preparar al estudiante sobre los nuevos paradigmas Bioético de la Cirugía y aplicación en el campo de la cirugía moderna, así como sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Concepto Ventajas Desventajas Indicaciones Contraindicaciones	Laparoscopia Cirugía Onco- lógica Telecirugía Ecoendoscopia Endoscopia Virtual	Exposición Discusión Clase Magistral Fichas	Asistencia Participación Eval. Oral Ex. Escrito
2	Aplicabilidad en el paciente quirúrgico	Esencialidad Quirúrgica Definición	Exposición Discusión Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

UNIDAD VI: Deontología

Objetivo General: Entrenar al estudiante sobre el conocimiento que debe ostentar de los deberes y derechos tanto del cirujano como del paciente.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Importancia Fundamentos Enumerar Diferenciar	Deontología: Quirúrgica Paciente	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral
2	Código de Deontología Médica	Importancia Fundamento	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

UNIDAD VII: Cirugía como proceso

Objetivo General: Entrenar al estudiante sobre el conocimiento que debe ostentar de la Cirugía como proceso y sistema teórico, elementos que la integran e implicaciones.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Concepto	Interfaz Quirúrgica	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral
2	Implicaciones	Acto Quirúrgico	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

UNIDAD VIII: El Paciente Quirúrgico

Objetivo General: Preparar al estudiante a determinar las principales necesidades de los pacientes, sus temores y conceptos del acto quirúrgico versus lo que realmente representa la cirugía.

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Determinar	Necesidades del Paciente Importancia de la Información.	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral Prácticas
2	Importancia	Concentimiento Informado	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

UNIDAD IX: Manejo Multidisciplinario del Paciente Quirúrgico

Objetivo General: Entrenar al estudiante sobre el conocimiento que debe obtener sobre el manejo multidisciplinario del paciente quirúrgico y la importancia de la psiquiatría y medicina física y rehabilitación del paciente quirúrgico

Clase	Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
1	Importancia de las diversas disciplinas.	Psiquiatría Nutrición Física y Rehabilitación Cardiología Anestesiología	Exposición Discusión Clase Magistral	Asistencia Participación Eval. Oral

En resumen:

“La Bioética en esencia está impresa en nuestro ejercicio quirúrgico cotidiano. Sólo ameritamos hacer introspección para evaluar cuál es el impacto que nuestro comportamiento genera en el paciente quirúrgico y en el entorno hospitalario para descubrir cuanto nos falta conocer y dimensionar sobre la aplicabilidad de esta disciplina”.

Nayeska M. Torres Castro.

“Las ciencias son cambiantes así como la cirugía general es cambiante y la forma de estudiarlas y abordarlas en la actualidad también lo son; es incoherente con los tiempos postmodernos que nuestra concepción sobre el ejercicio quirúrgico no se modifique”.

Nayeska M. Torres Castro.

“El primer acto terapéutico es dar la mano al enfermo”

Ernst von Leyden (Médico Alemán)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Hepp K J, Csendes JA, Ibáñez CF, Llanos LO, San Martín RS. **Programa de la Especialidad Cirugía General: Definiciones y Propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile.** Rev Chil Cir [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2011 Oct 19] ; 60(1): 79-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000100017&lng=es. doi: 10.4067/S0718-40262008000100017.
- 2.-Rivero SO, Tanimoto M. **El Ejercicio Actual de la Medicina.** 1st ed. México: Siglo Veintiuno. Editores Facultad de Medicina UNAM 2000.
- 3.- Álvarez CR. **Luces y Sombras en Cirugía Bariátrica.** Rev Chil Cir [revista en la Internet]. 2009 Ago [citado 2011 Oct 19] ; 61(4): 393-395. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000400017&lng=es. doi: 10.4067/S0718-40262009000400017.
- 4.- Le Porrier H. **El Médico de Córdoba.** 1st ed. México Grijalbo 1998.
- 5.- Ávila HR. **El Tribunal del Protomedicato en Nueva España, su Organización Administrativa.** Bol. Mex. Hist. Fil. Med. 1987: 13-22.
- 6.- Velasco SM, Cano VF. **Bioética.** 1st ed. México. Editorial Piensa 1998.
- 7.- **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.** 1999. Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas. (Marzo 24, 2000).
- 8.- **Ley del Ejercicio de la Medicina.** Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 3002. Extraordinario. Venezuela. (Abril, 1982).
- 9.- **Código de Deontología Médica.** Aprobado durante la LVIII reunión de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Barquisimeto (2003).
- 10.- **Código de Bioética y Bioseguridad.** FONACIT. Ministerio de Ciencias y Tecnología. 3^{era} edición. <http://www.fonacit.gor.ve>. Octubre 2008.
- 11.- Querner V. **Del Origen de las Especies.** Alianza Editorial. Madrid-España 1971: 7-14.
- 12.- Bartrina S. **Hacia los Orígenes del Hombre.** Ed. Garriga. Madrid 1963.

- 13.-Andérez A. **Hacia el Origen del Hombre**. Universidad Pontificia de Comillas. Santander, España 1956.
- 14.- Leroy JF. **Charles Darwin y la Teoría de la Evolución. Sabios del Mundo Entero**. Ed, Cid. Madrid 1966.
- 15.- Retamales J. **Y Después de Occidente ¿qué?**. Ed. Conquista. Chile 1980.
- 16.- Roa A. **Modernidad y Postmodernidad. Coincidencias y Diferencias Fundamentales**. Ed. Andrés Bello. Santiago de Chile 1995.
- 17.-Barbera G. **Reflexiones Elementales en Torno a la Ética**. Ediciones Delforn, C.A. Valencia-Venezuela 2006: 13-52.
- 18.- Maritain J. **Introducción a la Filosofía**. Buenos Aires: Club de lectores 1978.
- 19.- Aristóteles. **Aristóteles: Obras. Ética Nicomaquea**. Traducción del griego, estudio preliminar y notas por F de P Samaranch. Aguilar SA de Ediciones. Madrid 1982.
- 20.- Garden of Praise . **«Hippocrates, Father of Medicine»** (en inglés). Consultado el 6 de septiembre de 2010. Disponible en: Wikipedia.org. 2009.
- 21.- Nussbaum M. **La Terapia del Deseo**. Editorial Paidós. Barcelona-España 2003.
- 22.- Mosby Océano. **Diccionario de Terminología Médica**. Editorial Océano. 4^{ta} Edición. España 2002: 825-26.
- 23.- **Organización Mundial de la Salud**. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana. Panorámica general 2002.
- 24.- Jonson AR. **The New Medicine and the Old Ethics**. Harvard University Press. Cambridge 1990.
- 25.- Chávez O. **Hacia una Mayor Humanización de la Medicina. Principios y Valores Éticos**. Clemente Editores, C.A. Valencia-Venezuela 2001: 15.
- 26.- Colom A. **Después de la Modernidad**. (Nuevas Filosofías de la Educación). Ediciones Paidós Ibérica C.A. Barcelona-España 1995.
- 27.-Ochoa B. **Ética y Ejercicio Profesional**. Editorial Panapo. Caracas Venezuela 1988.

- 28.- Maia F. **Algunos Aspectos da Ética Médica y Científica**. Cien Cult. Brasil 1990.
- 29.- Maurer A. **Filosofía Medieval**. Emecé Editores. Buenos Aires Barcelona 1967.
- 30.- Medina, G. **Luís Razetti: Entre la Medicina, la Docencia Universitaria y la Moral Médica**. Valencia, Venezuela 2007:49.
- 31.- Barráez C*. **Ética para Estudiantes de Medicina**. Tercera Edición. Impresos Rápidos C.A. Valencia-Venezuela 2004. (**Recopiladora de Agustín Moreno Molina*).
- 32.- Cantele H, Méndez A. Algunos fundamentos bioéticos de la relación médico-paciente. Ariza E, Réтали A, editores. **Semiología y Patología Quirúrgica**. 1^{era} ed. Mc Graw Hill Interamericana de Venezuela, C.A. Caracas 2003: 535-42.
- 33.- Potter VR. **Bioethics. Bridge to the future**. Biological Sciences Series. Prentice Hall. Englewood Cliffs, New Jersey, EEUU. 1971.
- 34.- Urdaneta CE. **Epílogo Bioético: De la Ética de Albert Schweitzer a la Bioética de VR Potter**. II La Bioética: El legado de Van Rensseler Potter: Boletín del Comité de Bioética. Centro Médico de Occidente. Volumen 5. N° 2-3, Mayo-Diciembre. Maracaibo, Venezuela.2005.
- 35.- Garzón F. **Experiencias en Bioética**. Revista de Filosofía de la Ciencia. Universidad del Bosque. Colombia. [Citado 15 enero 2009]. 1996; 1,2,3: 165-68. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/414/41400312.pdf>.
- 36.-Blanco PG. **Consideraciones Éticas y Bioéticas para el Estudiante de Medicina**. Capítulo III. (Trabajo de Ascenso). Aragua- Venezuela. 2005: 3-10.
- 37.- Cely G. Una mirada bioética desde las ciencias. Cely G, Cartagena L, editores. **El Horizonte Bioético de las Ciencias**. 5^{ta} ed. Centro Editorial Javeriana (CEJA). Bogotá-Colombia 2002: 11-47.
- 38.- Reich W. **Enciclopedia of Bioethics**. Revised edition vol. 5. Mac-Millan. Nueva York. 1995.
- 39.-Guerra O, Bracho C. **Las Virtudes de la Diligencia, Servicio y Responsabilidad en el Actuar Ético de la Atención y del Cuidado Médico**. Una propuesta para la educación en valores en los programas de formación de los profesionales de la salud. SALUS. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Agosto. 2008. Vol.12: (2)34-35.

- 40.- Malpica C. Un acercamiento al fenómeno de estudio. Saer R, editor. **Modelo Teórico Inacabado para Comprender la Bioética Integral en los Estudios Médicos Venezolanos**. [tesis doctoral]. 1^{era} ed. Ediciones Delforn, C.A. Valencia-Carabobo 2008:79.
- 41.- Oleta J. **Manejo Preoperatorio del Paciente Quirúrgico**. Aventhys Pharma [CD-ROOM]. Aspectos Bioéticos de la Evaluación Preoperatoria. 2002.
- 42.- Sánchez GL. **Los Estudios de Medicina en Salamanca**. Salamanca: Real Academia de Medicina de Salamanca 1989.
- 43.- Enríquez EJ. **Retrato del Perfecto Médico**. Real Academia de Medicina de Salamanca 1981.
- 44.- Simon M. **Deontología Médica**. Madrid: Imprenta del Boletín Oficial del Ejército 1852.
- 45.- Royo V., Morales R. **El Derecho a Morir sin Dolor** (El problema de la eutanasia). Madrid: M. Aguilar-Editor 1929.
- 46.- UNESCO. **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos**. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías. Paris-Francia. 2006. [Citado 24 de Enero 2011]. Disponible en: www.unesco.org/shs/ethics.
- 47.- Kaplan J. **The Pocket Aristotle**. Washington Square Press. New York. 1958.
- 48.- Patiño JF. Reflexiones sobre la Ética Quirúrgica a la Luz de la Ética Nicomaquea. Baptiste S, Garrido A, editores. **Lecciones de Cirugía**. 1^{era} ed. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2001: 27-31.
- 49.- Vázquez F. **Principios Bioéticos en Cirugía**. 2001. [Citado 18 enero 2009]. Disponible en: <http://grellakin.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/cirug%EDaacti030501doc>.
- 50.- D'Allaines C. **Historia de la Cirugía**. Barcelona. Oikos-Tau S.A. Ediciones, 1971:5.
- 51.- Torres F. **Ética y Cirugía**. Seminario "El ejercicio actual de la medicina", Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México 2002. [Citado 15 agosto 2011]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_oct_2k4.htm.

- 52.- Patiño J. **Conocimiento, Tradición Académica y Ciencia Médica**. Editorial Médica Panamericana. Bogotá-Colombia 1990.
- 53.- Laín EP. **Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea**. Editorial Científico-Médica, 2 ed., Barcelona 1963.
- 54.- Laín EP. **Historia Universal de la Medicina**. (Ed.): Salvat Ed.,Barcelona 1972-1975; (7).
- 55.- Granjel, L. S. **Historia General de la Medicina española**. Ediciones de la Universidad de Salamanca 1978-1982; (5).
- 56.- Asociación Española de Enfermería. **El Rincón de Enfermería: Paciente Quirúrgico**. [homepage on the internet]. 2008. [Citado 10 agosto 2011]. Disponible en: <http://rinconenfermeria.blogspot.com/2008/02/paciente-quirurgico.html>.
- 57.- Aristizábal H. **Principios Generales de la Cirugía Actual**. Universidad de Antioquia. [Citado 10 agosto 2011]. Disponible en: http://www.felacred.org/boletin/boletin_8_1_a.html#editorial.
- 58.- De Lorenzo R. **Derechos de los Pacientes**. Revista Médica. 2003; 46.
- 59.- **Ley Orgánica de Salud**. Gaceta Oficial n° 36.579 . (Noviembre 11, 1998). [Citado 05 agosto 2011]. Disponible en: legal.com.ve/leyes/C243.pdf
- 60.- Patitó JA. **Medicina Legal**. Capítulo 1: Ejercicio Legal de la Medicina. Ediciones Centro Norte 2001:54-7.
- 61.- Protter P, Grifing A. **Fundamentos de Enfermería**. Mosby/Doyma. España. 1996: 219.
- 62.- Kozzier B; Erb G. **Fundamentos en Enfermería**. Mc Graw Hill. México. 1999: 219.
- 63.- Giordanni B. **La Relación de Ayuda de Rogers Carkhuff**. Serendipity. Bilbao. 1997: 183.
- 64.- Ariza, C. **Es Posible Humanizar la Atención de Enfermería al Paciente**. Disponible en: www.Galénico.com. 2002: 2.

- 65.- Espino J. **El Enfermo en la Unidad de Cuidados Críticos**. Hospital Universitario de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. Disponible en: www.google.com. 2001:3.
- 66.- Arroyo F. **Reflexiones Éticas en la Práctica de la Cirugía**. Rev. Chilena de Cirugía.. 2008; 60 (4): 352-56. [Citado 15 agosto 2011]. Disponible en: Revista Chilena de Cirugía versión on line.
- 67.- Serani MA, Burmester GM. **Ética, Historia Clínica y Datos Informatizados**. En: Polaino-Lorente A, editor. Manual de bioética general. Madrid: Rialp. 1994: 291-7.
- 68.- Cely G. Consentimiento informado - consentimiento voluntario. **Dilemas Bioéticos Contemporáneos**. Colección Bioética. 3R Editores. Bogotá-Colombia. 2002:198.
- 69.- Cabello L, Ruíz P, Rosique I. **El Consentimiento Informado en un Hospital Terciario. Opinión de los Profesionales y Percepción de los Pacientes**. Rev. Cal Asist. 1999; 14:145-150.
- 70.- Rubiales A, Martín Y, Del Valle M, Garavis M, Centeno C. **La Información al Enfermo Oncológico: Los Límites de la Verdad Tolerable**. Cuadernos de Bioética. 1998; 33: 45-54.
- 71.- Torres F. **El Problema Ético de la Cirugía Innecesaria**. Seminario "El ejercicio actual de la medicina", Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México 2002. [Citado 15 agosto 2011]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_oct_2k4.htm.
- 72.- Velasco S. **Ética Profesional: Su Esencia y Aspectos Prácticos**. MURS. 1998;1: 4-7.
- 73.- Pérez TR, Kretschmer R. **Comentarios Sobre la Filosofía de la Práctica del Ejercicio Actual de la Medicina**. Segunda parte. México, D.F Siglo XXI Editores, S.A. de C.V. 2003:71-8.
- 74.- Weber J. **Health Care Management Ethics. Avoiding Unnecessary Health Care Services**. Catholic Health Association of USA. June 1994. [Citado 01 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.chausa.org/>.
- 75.- Torres J. Legitimación y discurso científico en educación. **El Curriculum Oculto**. Séptima Edición. Ediciones Morata, S.L. Madrid-España. 2003:23.

- 76.- Serrano O. **La Educación Médica. Concepto y Motivación.** Seminario: El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México 2008 [Citado 31 agosto 2011]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2001/ponencia_feb_2k1.html
- 77.- Morín E. **Los Siete Saberes Necesarios de la Educación del Futuro.** UNESCO. París, Francia. 1999.
- 78.- Muñoyerro AL. **Deontología Médica.** Madrid: Ediciones FAX, 1934.
- 79.- Peiró F. **Manual de Deontología Médica.** Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Madrid 1944.
- 80.- **Ley de Transfusión y Bancos de Sangre.** Congreso de la República de Venezuela. Gaceta Oficial N° 31.356 (Nov. 8, 1977).
- 81.- **Reglamento de los Tribunales Disciplinarios de la Federación Médica Venezolana y de los Colegios Médicos de la República.** Aprobado por la XC Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana Barinas (Octubre 16,17 1993).
- 82.- Rengifo C., Navas C., Duarte I., *et al.* **Responsabilidad Ética y Legal en la Referencia Médica, de Pacientes Trasladados al Servicio de Toxicología del Hospital de Coche.** *RFM.* [online]. [citado 16 Septiembre 2011] 2004; 27 (1): 69-73. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079804692004000100013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.
- 83.- Bengoa J. **Sanare...hace 50 años: Medicina Social en el Medio Rural Venezolano.** Caracas: Ediciones CAVENDES. Colección Temas y Autores Sanareños No. 5. Tercera edición de la publicación de 1940. 1992.
- 84.- González R., Marino J. **A Policy-oriented Framework to Evaluate Determinants of Child Health Conditions: Conceptual Foundations and Empirical Analysis.** Ph.D. dissertation. Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos 1998.
- 85.- **CEPAL** [homepage on the internet]. (Panorama Social, Anexos Estadísticos). [Citado 20 agosto 2011]. 2004.
- 86.- González R, Marino J. **Políticas de Salud en Venezuela: Ni lo Urgente, Ni lo Importante.** *An Venez Nutr*, 2005, vol.18, no.1, p.39-44. ISSN 0798-0752.

- 87.- **Barrio Adentro. Misión.** [Citado 17 agosto 2011] Disponible en: www.barrioadentro.gov.ve/nuestra.htm.
- 88.- Organización de Naciones Unidas. **Declaración Universal de los Derechos Humanos.** Asamblea General ONU. Resolución 217 A III, Diciembre 10. 1948.
- 89.- Heimerdinger A. **Intrusismo y Ejercicio de la Medicina.** *Gac Méd Caracas*, oct. 2001; 109 (4): 541-545. ISSN 0367-4762.
- 90.- Lira ML. **Nuevas Tecnologías en Laparoscopia.** *Tiempo Universitario.* 4ª Etapa. Año XIII. N° 662. 2010. Disponible en: www.tiempo.uc.edu.ve
- 91.- Guzmán F, Guerrero Y. **La Responsabilidad Profesional en Cirugía y sus Implicaciones Médico-Legales.** *Revista Venezolana de Cirugía.* 2006; 59 (3): 134.
- 92.- Leal J. **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación.** 3ra edición. Valencia, Venezuela: Azul Intenso C.A.; 2011.
- 93.- Morin E. **Introducción al Pensamiento Complejo.** Editorial Gedisa, S.A. Barcelona-España. 2003:60.
- 94.- **Guía para la Elaboración de Proyectos de Trabajo de Especialización, Trabajo de Grado de Maestría y Tesis Doctoral.** Área de Estudios de Postgrado.Universidad de Carabobo. Aprobado por el Consejo General de Postgrado el 03/11/2004. Valencia-Carabobo. 2004.
- 95.- Feyerabend P. **Tratado Contra el Método.** Colección filosofía y Ensayo. Editorial Tecnos. España. 1986.
- 96.- Balza A. El pensamiento complejo. Un abordaje desde la perspectiva cuántico-holográfica. **Complejidad, Transdisciplinariedad y Transcomplejidad.** Los Caminos de la Nueva Ciencia .Fondo Editorial Gremial APUNESR. San Juan de los Morros-Venezuela. 2010:41; 190.
- 97.- Strauss A, Corbin J. **Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada.** Universidad de Antioquia. Contus-Colombia. 2002:13.
- 98.- Corbin J, Strauss A. **Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria.** *Qualitative Sociology.* 1990: 7.

- 99.- Pandit, N. R. **Towards a Grounded Theory of Corporative Turnaround: A Case Study Approach.** Unpublished doctoral thesis, University of Manchester, UK. Informe cualitativo. Vol. 2. N° 4. Dic. 1996. 30 de Julio de 1996. [Citado 15 de Enero 2011]. Disponible en: <http://www.nova.edu/sss/QR/QR2-4/pandit.html>.
- 100.- Glasser B, Strauss A. **The Discovery of Grounted Theory: Strategis for Cualitative Research.** New York. Adine de Gruyter. 1967.
- 101.- Hesén, J. **Teoría del Conocimiento.** México: Editores Mexicanos Unidos. 1978.
- 102.- Asociación Médica Mundial (AMM). **Declaración de Helsinski.** Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008.
- 103.- Puertas LE, Urbina J, Blanck E, Granadillo D. **Bioestadística. Herramienta de la Investigación.** CDCHT-UC., Valencia, Venezuela 1998.
- 104.- Beaucham T; Childress J. **Principles of Biomedical Ethics.** NY Oxford UNV 1979.
- 105.- Cohen D. **Temas de Bioética para Inquietos Morales.** Ediciones del Signo. Buenos Aires-Argentina. 2004: 9.
- 106.- Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. **La Educación en Bioética de los Profesores Sanitarios en España.** Una Propuesta Organizativa. España. 1999: 13.
- 107.- Morin E. **Una Nueva Civilización para el Tercer Milenio.** Tendencia Siglo XXI, N° 9. 1998:17.
- 108.- Ugas G. **La Complejidad un Modo de Pensar.** Ediciones del Taller Permanente de Estudios Epistemológicos en Ciencias Sociales. Táchira-Venezuela 2006:13-14.
- 109.- Medina G. **La Personalidad del Médico.** Última Clase Dictada por el Doctor Gonzalo Medina Aveledo a la Promoción de Médicos Especialistas del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, en el Colegio de Médicos del Estado Carabobo. Enero 21, 2010.
- 110.- Guerra O. **Aproximación Teórica para un Diseño Curricular en la Especialidad Médica de Cirugía General.** [tesis doctoral]. 1^{era} ed. Valencia-Carabobo. 2009:112-115.

- 111.- FEDUPEL. **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales**. Caracas, Venezuela. 2005.
- 112.- Dorrego E. **Modelo para la Producción y Evaluación Formativa de Medios Instruccionales**. UCV, Caracas-Venezuela. 1994. [Citado 15 de Octubre 2011] Disponible en: www.slideshare.net/.../modelos-de-diseo-instruccional...
- 113.- Dorrego E. **Diseño Instruccional de los Medios y Estrategias Cognitivas**. Revista Comunicar 8. UCV, Caracas-Venezuela. 1997. [Citado 15 de Octubre 2011] Disponible en: www.slideshare.net/.../modelos-de-diseo-instruccional...
- 114.- Fernando L. **Bioethics and Animal Research. A Personal Perspective and a Note on the Contribution of Fritz Jahr, Biological Research** 41 (2008), pp. 119-123.
- 115.- Hans MS. **Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics, Kennedy Institute of Ethics Journal** 17 (2008), pp. 279-295.
- 116.- Goldim JR. **Revisiting the Beginning of Bioethics: The Contribution of Fritz Jahr (1927), Perspectives in Biology and Medicine** 52 (2009), pp. 377-380.
- 117.- Salomé N. **Fritz Jahr y el Zeitgeist de la Bioética**. *Aesthethika* 5 (2009), pp. 4-11.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE IMÁGENES Y AFORISMOS

- 1.- Neruda P. Exégesis y Soledad. **Para Nacer he Nacido**. Editorial Seix Barral, S.A.1978:25.
- 2.- Morin E. **Introducción al Pensamiento Complejo**. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona-España. 2003:60.
- 3.- Malaspina E. “**Aristóteles Contemplando un Busto de Hipócrates**”. Historia de la Medicina UNERG. [Citado 23 agosto 2011]. 2010. Disponible en: <http://historiadlamedicinaunerg.blogspot.com/2010/01/aristoteles-con-un-busto-dehipocrates.html>
- 4.- **Relación Médico-Paciente**. [Citado 31 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.simap.es>
- 5.- **El Mundo clásico: Aristóteles**. [Citado 2 Septiembre 2011] Disponible en: <http://historiamundoclasico.blogspot.com/2010/09/aristoteles.html>
- 6.- **Bioética: Algunos Conceptos y los Cuatro Principios**. [Citado 2 Septiembre 2011]. Disponible en: http://www.facebook.com/note.php?note_id=405949579750
- 7.- Razzeti L. **Moral Médica**. Edición Original. Tipografía Americana. Caracas. 1928.
- 8.- **Bioética Clínica Actual. Matrones en su Ética**. Caso N° 1. [Citado 2 Septiembre 2011] Disponible en: <http://matronesensuetica.blogspot.com/>
- 9.- Aristizábal H. **Principios Generales de la Cirugía Actual**. Universidad de Antioquia. [Citado 10 agosto 2011]. Disponible en: http://www.felacred.org/boletin/boletin_8_1_a.html#editorial.
- 10.- Bengoa J. **Sanare...hace 50 años: Medicina Social en el Medio Rural Venezolano**. Caracas: Ediciones CAVENDES. Colección Temas y Autores Sanareños No. 5. Tercera edición de la publicación de 1940. 1992.
- 11.- Lorda S. **Consentimiento Informado**. Med Clin (Barc), 2001 [Citado 10 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/linksolver/ft/id/13016314>

12.- **Problemas Éticos en Cirugía.** Close-up de cirujano hombre cansado. [Citado 2 Septiembre 2011] .Disponible en: <http://www.123rf.com/similar-images/8180380>

13.- Feyerabend P. **Tratado Contra el Método.** Editorial Tecnos. Colección filosofía y Ensayo. España. 1986.

ANEXOS



Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
Hospital Universitario IVSS “Dr. Ángel Larralde”
Valencia, Estado Carabobo

Coordinación Docente del HUAL.-

Presente.-

Yo, _____, C.I.: _____, en mi carácter de Coordinador Docente de los estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Estado Carabobo, a través de la presente autorizo a Nayeska Marion Torres Castro, C.I.: 12.339.001, Adjunto I del Servicio de Cirugía General, al desarrollo del trabajo de investigación titulado ***“Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico”***, investigación que aborda la contextualización y reflexión sobre el ejercicio quirúrgico actual así como sus principales dilemas bioéticos, que descansa bajo la línea de investigación de Bioética de la Unidad de Investigación “Calidad de Vida” y será presentado como Tesis Doctoral del Doctorado en Ciencias Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo Sede Valencia, para optar al título de Doctor en Ciencias Médicas.

Firma:

C.I.:

Coordinador Docente del HUAL



Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
Hospital Universitario IVSS “Dr. Ángel Larralde”
Valencia, Estado Carabobo

Servicio de Cirugía General.-

Yo, _____, Jefe encargado del Departamento de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Estado Carabobo, a través de la presente concedo permiso a Nyeska Marion Torres Castro, C.I.: 12.339.001, Adjunto I del Servicio de Cirugía General, para el desarrollo del trabajo de investigación titulado ***“Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico”***, investigación que aborda la contextualización y reflexión sobre el ejercicio quirúrgico actual así como sus principales dilemas bioéticos, que descansa bajo la línea de investigación de Bioética de la Unidad de Investigación Calidad de Vida y será presentado como proyecto del Doctorado en Ciencias Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo Sede Valencia para optar al título de Doctor en Ciencias Médicas.

Firma:

C.I.:

Jefe Encargado del Departamento de Cirugía General del HUAL



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD CALIDAD DE VIDA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

***(Sobre la participación en investigación y divulgación de resultados
referentes a la Bioética Quirúrgica)***

Yo, _____, Coordinador Docente del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Edo. Carabobo, considero que he sido debidamente abordado e informado sobre la intencionalidad del estudio que lleva por título ***“Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico”***, así como su pertinencia, relevancia, contenido de la entrevista no estructurada a aplicar y la necesidad de divulgar sus resultados a lo largo de la investigación y fuera del ambiente del doctorado, de ser necesario. El trabajo desarrollado por Nayeska Marion Torres Castro, Adjunto I de Cirugía General de este centro asistencial será presentado como Tesis Doctoral en el área de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo.

Así mismo la entrevista no estructurada realizada a mi persona y la firma anexa en la presente, se consideran como la aceptación definitiva a formar parte del presente producto intelectual en calidad de ***Informante Clave***.

Firma

C.I.:

Valencia, 12 de Noviembre de 2010



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD CALIDAD DE VIDA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Sobre la participación en investigación y divulgación de resultados referentes a la Bioética Quirúrgica)

Yo, _____, Cirujano (),
Residente del Postgrado de Cirugía General () del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Edo. Carabobo, he sido debidamente abordado e informado sobre la intencionalidad del estudio que lleva por título ***“Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico”***, su pertinencia, relevancia, contenido del instrumento piloto a aplicar y la necesidad de divulgar sus resultados a lo largo de la investigación y fuera del ambiente del doctorado, de ser necesario. El trabajo desarrollado por Nayeska M. Torres C., adjunto de cirugía de este centro asistencial será presentado como proyecto de tesis doctoral en el área de postgrado de la Universidad de Carabobo.

El llenado del instrumento antes referido y el tiempo invertido para ello se consideraran la aceptación personal definitiva de ser informante clave del estudio.

Firma

C.I.:

Fecha:



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS



El presente instrumento constituye una herramienta para continuar el desarrollo del trabajo de investigación titulado “Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del Laberinto Quirúrgico” que aborda los Dilemas Bioéticos en Cirugía General y que descansa bajo la línea de investigación de Bioética del Doctorado en Ciencias Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Por tener fines diagnósticos en la detección de la problemática compleja que atraviesa el ejercicio quirúrgico actual y en virtud de resguardar la identidad de los participantes de esta entrevista estructurada, agradezco no se identifique.

El llenado del presente instrumento representa el consentimiento informado sobre los fines de la presente investigación. Gracias de antemano; se le considerará para futuras entrevistas.

PARTE I:

Respuestas de evocación corta:

- 1.- ¿Cómo describiría Ud. en una sola palabra el ejercicio quirúrgico actual?
- 2.- ¿Cuáles son considerados por Ud. los problemas más sentidos en el ejercicio quirúrgico actual?
- 3.- De tener más de diez años en el ejercicio quirúrgico: ¿Considera que existen cambios entre el ejercicio quirúrgico del pasado y el actual? ¿Cuáles serían esos cambios, de ser afirmativa su respuesta?
- 4.- ¿Ha deseado alguna vez haberse desempeñado en otra profesión? Si su respuesta es afirmativa: ¿En cuales situaciones lo ha contemplado?
- 5.- ¿Como considera Ud. que se puede mejorar el ejercicio quirúrgico en la actualidad?
- 6.- ¿Cree que el paciente quirúrgico es diferente al paciente que acude a otras áreas de la medicina? Si su respuesta es afirmativa: ¿Porque?

PARTE II: Selección simple.

De los enunciados que a continuación se presentan, marque con una X aquellos que Ud. considere que entorpecen su práctica quirúrgica diaria:

- 1.- Obtención oportuna del consentimiento informado para el acto quirúrgico.
- 2.- Presencia de riesgos laborales en el manejo de pacientes seropositivos, inmunosuprimidos y no estudiados.
- 3.- Prácticas de cirugías en pacientes terminales.
- 4.- Prácticas de cirugías innecesarias por diagnósticos inciertos.
- 5.- Manejo de pacientes testigos de Jehová inestables hemodinámicamente.
- 6.- La asignación de culpas y responsabilidades en cada cirugía.
- 7.- Jornadas laborales extenuantes.
- 8.- Investigación en el paciente quirúrgico.
- 9.- Expectativas de una reintervención.
- 10.- Curva de aprendizaje y docencia efectiva en cirugía.
- 11.- Discusión de casos y enfrentamiento intelectual en presencia del paciente quirúrgico.

PARTE III: Desarrollo corto.

Enumere OTROS conflictos y Dilemas Bioéticos que se presenten en su práctica quirúrgica diaria:

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

PARTE IV: Respuesta dicotómica.

Responda negativa o afirmativamente las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Le crea conflicto moral la atención médica a violadores u homicidas? _____
- 2.- ¿Se siente perseguido o acosado en su trabajo? _____
- 3.- ¿Siente que existe justicia en su medio laboral? _____
- 4.- ¿Existe relación entre lo que trabaja y su remuneración? _____
- 5.- ¿Confía Ud. en los pacientes? _____
- 6.- ¿Confía Ud. en sus compañeros laborales? _____
- 7.- ¿Confía Ud. en sus superiores o jefes? _____
- 8.- ¿Está contento con su ambiente laboral? _____

COMENTARIO FINAL:

Nuevamente agradezco su valioso tiempo y atención prestados.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD CALIDAD DE VIDA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

*(Sobre la participación en investigación y divulgación de resultados
referentes a la Bioética Quirúrgica)*

Yo, _____, de () años de edad, ingresado en condición de paciente quirúrgico al Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Edo. Carabobo, bajo el diagnóstico de: _____, hago constar mediante la presente que he sido debidamente abordado e informado sobre la intencionalidad del estudio que lleva por título **“UNA MIRADA FILOSÓFICA AL HORIZONTE BIOÉTICO DEL LABERINTO QUIRÚRGICO”**, su pertinencia, relevancia, contenido del instrumento piloto a aplicar y la necesidad de divulgar sus resultados a lo largo de la investigación y fuera del ambiente del doctorado, de ser necesario. E igualmente comprendo que el trabajo desarrollado por Nayska M. Torres C., adjunto de cirugía general de este centro asistencial, será presentado como proyecto de tesis doctoral en el área de postgrado de la Universidad de Carabobo.

El llenado del instrumento anexo y el tiempo invertido para ello representan mi aceptación voluntaria y personal para participar como sujeto de estudio así como también el presente consentimiento por escrito.

Firma

C.I.:

Fecha:



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS



El presente instrumento constituye una herramienta para continuar el desarrollo de un trabajo de investigación que aborda los Dilemas Bioéticos en Cirugía General y que descansa bajo la línea sobre investigación de Bioética del Doctorado en Ciencias Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UC.

Por tener fines diagnósticos, en relación a la comprensión sobre la temática y divulgación de resultados y en virtud de resguardar los derechos del paciente, debe autorizar por escrito en el formato de Consentimiento Informado su intención de participar de manera voluntaria en este estudio, antes de proceder al llenado de esta entrevista estructurada.

RESPUESTAS DE EVOCACIÓN CORTA O SELECCIÓN SIMPLE:

- 1.- Defina en una palabra su sentir actual.
- 2.- ¿Cuál es su diagnóstico médico-quirúrgico?
- 3.- ¿Ha sido sometido a cirugías previas? De ser afirmativa su respuesta, ¿Cuáles y cuando?
- 4.- ¿Cuál fue su primera reacción al saber que sería sometido/a a cirugía?
- 5.- ¿Cuál de los siguientes elementos integrantes del acto quirúrgico genera más ansiedad en Ud.? :
a) Anestesia b) Cirugía c) Complicaciones Postoperatorias
d) Hospitalización e) Los medicamentos f) Todos los anteriores
- 6.- ¿Cuál fue la reacción de sus familiares al enterarse de su diagnóstico?
- 7.- ¿Qué piensa Ud. de la enfermedad?
- 8.- ¿Qué piensa Ud. de la cirugía?
- 9.- ¿Ha sido informado sobre su patología quirúrgica? ¿Quién le informó?
- 10.- La información recibida de los cirujanos para usted sobre su diagnóstico ha sido:
a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Inexistente

11.- ¿Ha firmado El Consentimiento Informado sobre la cirugía y el postoperatorio?

12.- ¿Ha sido informado sobre la cirugía a realizar? ¿Quién le informó?

13.- ¿Ha sido informado sobre la evolución postoperatoria esperada? ¿Quién le informó?

14.- ¿Conoces tus derechos como paciente quirúrgico?

15.- ¿Conoces tus deberes como paciente quirúrgico?

16.- Menciona las fortalezas que consideras tiene el Servicio de Cirugía General.

17.- Menciona las debilidades que consideras tiene el Servicio de Cirugía General.

18.- ¿Qué cambios quisieras realizar a tu consideración en la atención al paciente quirúrgico, de ser necesario?

19.- El trabajo de los Médicos Residentes de Cirugía General y Adjuntos del Servicio es:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo

20.- El trabajo del equipo de enfermería del Servicio de Cirugía General es:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo

21.- ¿Cuál ha sido la experiencia más importante de todo este proceso médico-quirúrgico y por qué?

22.- De estar en sus manos la responsabilidad del Servicio de Cirugía General del HUAL, ¿Qué aportes haría y porque?

23.- ¿Considera productiva esta entrevista semi-estructurada y por qué?

MATRIZ EPISTÉMICA

Diagrama Complejo de los Elementos Integradores de la Tesis Doctoral titulada:

“Una Mirada Filosófica al Horizonte Bioético del laberinto Quirúrgico”

