



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

BIOÉTICA DE LA DICEOLOGÍA MÉDICA

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de Magister Scientiarum
en Bioética

Nelson Raúl Suárez Chacón

Tutor: Alberto Arteaga Sánchez

Caracas, marzo 2013



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo de Grado** presentado por: **Nelson Raúl Suarez Chacón** Cédula de identidad N° 2.888.497, bajo el título "**Bioética de la Diceología Médica**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **MAGÍSTER SCIENTIARUM EN BIOÉTICA - CENABI**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 11 de Marzo de 2013 a las 03:00 PM., para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en la Sala del Consejo de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, UCV, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.


2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **Aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado


Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado constituye una aportación valiosa al tema desarrollado, en el campo de estudio de la Bioética..


3.- El jurado, por unanimidad, decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerar que se trata de un desarrollo original, que abre el camino en un tema que hasta ahora no ha sido suficientemente investigado en la especialidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 11 días del mes de Marzo del año 2013, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado **Alberto Arteaga Sánchez**.

El presente trabajo fue realizado bajo la dirección de Alberto Arteaga Sánchez.


Isis Nézer de Landaeta C.I. 2.977.643
Facultad de Medicina
UCV


Freddy Orlando C.I. 2.144.294
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
UCV


Alberto Arteaga Sánchez C.I. 1.729.390
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas UCV
Tutor(a)

INL, FO, AA, CO 11/03/13.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA
(SICHT)

FECHA: 11 DE MARZO DEL 2013

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE TRABAJO DE
GRADO DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Yo, NELSON RAÚL SUÁREZ CHACÓN, autor del trabajo "BIOÉTICA DE LA DICEOLOGÍA MÉDICA", presentado para optar al grado académico de MAGISTER SCIENTARUM EN BIOÉTICA

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de éste trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, solo con fines académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor. Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

Autorizo después de 1 año



Nelson Raúl Suárez Chacón
C.I: N° V-2.888.497
suarezortega63@gmail.com

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
METODOS	7
RESULTADOS	11
DISCUSION	12
REFERENCIAS	29
ANEXOS	34

Resumen

Bioética de la Diceología Médica

Nelson Raúl Suárez Chacón, C.I. 2.888.497. Sexo: Masculino,
E-mail: suarezortega63@gmail.com. Telf: 0412-3375919/0212-9863082.
Dirección: Policlínica Metropolitana. Especialización en Inmunología Clínica
Tutor: **Alberto Arteaga Sánchez**, C.I. 1.729.390. Sexo: Masculino,
E-mail: arteagasanchez@arteagasanchez.com. Telf: 0414-3048996/0212-7623368.
Dirección: Torre América. Piso 10. Ofic 10-16. Av Venezuela. Bello Monte.
Especialista en Derecho Penal

RESUMEN

Medicina es la ciencia y arte de cuidar; en cuanto ciencia es la filosofía en acción y en cuanto arte la expresión última de la espiritualidad racional. La actividad médica se sustenta en principios axiológicos integrados en la bioética clínica, que se orientan a la búsqueda del bien, del bienestar y la felicidad, tanto del individuo como de la humanidad, con el rigorismo de una práctica que busca ser impoluta e irreprochable. Sin embargo, la sociedad ha reconocido las limitaciones ontológicas y sociológicas del ser humano, por lo que tales exigencias se aplican a la intención pero no al resultado, lo cual trae el inconveniente de la indefinición de los límites de la responsabilidad de su ejercicio.

Leyes y códigos deontológicos han regido el ejercicio de la medicina, con mucha mayor profundidad que cualquier otra actividad humana, siempre con la loable intención de proteger el substrato de su actividad, el hombre enfermo o sano, el hombre presente y la humanidad futura, y las condiciones ecológicas que permiten su existencia.

Sin embargo, tal cúmulo de responsabilidades no han sido compensadas, con una definición clara y distinta, de un marco de protección, que en este trabajo se intenta definir, recopilar, integrar, actualizar y discutir, teniendo como base la investigación documental de las leyes del ejercicio de la medicina y de los códigos de deontología, de los países inscritos en la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la intención

final de formular la fundamentación de una diceología médica aplicable en nuestro país.

Palabras clave: diceología médica, derechos de los médicos, derechos profesionales en medicina

SUMMARY

Medicine is the science and art of caring, as science is the proper philosophy in action and as art is the ultimate expression of the rational spirituality. The medical activity is based on axiologic principles integrated in the clinical bioethics, they lead to the search of goodness, wealthfare and hapiness of the individual as well as of the humanity, with the rigorism of an exercise that pretends to be unpolluted and unquestionable. Nevertheless, society has recognized the natural ontologic and sociologic limitations of the human being, consequently such demands are appliable to the purposes but not to the results, this assert brings on the inconvenience of the looseness of the responsibility of its practice.

Laws and deontologic codes have ruled the practice of medicine with much more insight than in any other human activity, but always with the laudable intention of protecting the substrate of its activity, the healthy or sick human, the present human the future humanity, and the ecologic conditions that allow its existence.

However, such amount of responsibilities has not been compensated with one clear and distinct shield of protection, which we try to define, pull together, integrate, up to date and discuss in this work, having as a tool the documental research of the medical laws and the deontological codes of the countries that suscribe the World Medical Organization, all with the teleological aim of building the basis of a medical diceology appliable in our country.

Key words: Medical. diceology, medical, rights, profesional rights in medicine

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto basa sus planteamientos en la integración de dos conceptos fundamentales: medicina y derechos (diceología)⁽¹⁾.

En cuanto a los derechos probablemente el hito fundamental en su evolución , al menos en la época moderna, se ubica en el estallido social que significó la Revolución Francesa, de la cual emergió la “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano”, con el reconocimiento del asiento de la soberanía en el pueblo mismo, concediéndole a éste la potestad de tener prerrogativas directas como personas individuales y otras relativas, en función de las interrelaciones con la sociedad; esos derechos se han extendido progresivamente de los civiles y políticos a los económicos, sociales y culturales y mas recientemente a los ecológicos que contemplan las futuras generaciones y por consiguiente la humanidad entera. La obligación adquirida por los países signatarios es vinculante , lo cual se traduce por el compromiso de la práctica, defensa y promoción doctrinaria de los mismos.

En forma intercurrente se han reconocido también derechos parcelares, para grupos sociales, religiosos y profesionales, los cuales son de mas difícil y heterogénea aceptación, ya que al no ser universales, generalmente implican el ejercicio de las virtudes de más necesidad en la sociedad actual como son la justicia y la tolerancia.

En cuanto a la medicina debemos destacar, primeramente su condición fundamental de disciplina científica, lo cual la define y diferencia de otras actividades, que pudiéramos llamar de sanación, de más difícil caracterización y comprobación, por lo que no se consideran para los propósitos de este trabajo, y en segundo término su humanismo inmanente, ya no en su carácter científico y racional sino en su dimensión espiritual y ética, que la colocan en un sitial preferencial con respecto a otras profesiones u oficios.

La discusión de los derechos de los médicos es un tema de escasa difusión y relativamente ninguna discusión, lo cual ha llevado a que no exista una definición de los mismos; por lo tanto se propone su revisión exhaustiva en el ámbito de los diferentes países y organizaciones médicas internacionales, lo cual cubriría el espectro de la medicina occidental. Con este desarrollo se aspira crear un cuerpo integrado de principios, como parangón al formulado en la “Carta de los derechos de los pacientes”⁽²⁾; resulta tácito que estarán excluidas formulaciones no convencionales del ejercicio médico, como las conocidas bajo las denominaciones de medicina alternativa, homeopática, complementaria, adaptógena, indígena, herbaria, tradicional etc., aun cuando estamos conscientes de que en algunas de ellas se han delineado orientaciones⁽³⁾ que recientemente han dado pasos para la actualización de principios bioéticos en la práctica de su ejercicio⁽⁴⁾.

La sistematización de los derechos de los médicos en Venezuela es una necesidad perentoria en el contexto del desarrollo de nuestra sociedad y de la organización del ejercicio de la profesión médica, para cumplir su teleológica razón de ser, que no es otra que satisfacer los derechos de los pacientes.

No obstante, es pertinente citar la conceptualización de Adela Cortina⁽⁵⁾ quien define la generalidad del tema en los siguientes términos: “El término derecho no es un término descriptivo de ninguna característica natural, sino expresivo de un compromiso que la sociedad adquiere con algunos individuos, atendiendo a su necesidad de desarrollar determinadas capacidades, porque las considera valiosas así como las metas que persiguen y porque considera al ser que goza de ellas digno de respeto, digno de que con él se adquiriera ese compromiso”.

El ejercicio médico se desenvuelve con crecientes demandas, presiones y alcances, constituyendo un complejo sistema pensante como es concebido en la posmodernidad⁽⁶⁾, pero sin que haya habido una protección conceptual o filosófica que le permita evolucionar en el compromiso ético implícito en ese crecimiento.

En el ámbito socio-cultural la oficialización de los derechos de los pacientes, ha instaurado una nueva dinámica de interacción que tiende a substituir la clásica actitud impositiva y conductora del médico, por la mas compleja y versátil autonomía del paciente; y todo en un ámbito cultural que ha llevado a una medicalización de la sociedad que irrumpió en el terreno de la protección de la salud y de la calidad de vida como se manifiesta en las actividades gimnásticas, la ingesta de vitaminas, minerales, anabolizantes, antioxidantes, la proliferación de cuestionables productos anti-envejecimiento, la intervención en la manipulación de la concepción y fertilidad, la búsqueda de la medicina estética, y la disección para su manipulación de las bases biogenéticas de la humanidad, Por último en la dimensión socio-económica el surgimiento de nuevas formas de asistencia clínica como la medicina institucional que desafía la privacidad de la relación médico-paciente y la aparición de los terceros pagadores, con su carga de limitaciones administrativas, han transformado el ejercicio médico como lo hemos conocido aceptado y practicado por mas de 2000 años, preservando no obstante todas las responsabilidades inherentes al mismo.

Ya la relación ha salido del claustro del consultorio; la relación médico-paciente, médico-hombre sano, médico-cliente, médico-usuario etc., así como la multiplicidad de pasos que abarca el acto médico actual (Anexo 1) se enmarca dentro de complejos y variados escenarios sociológicos modernos y posmodernos, que se potencian aún mas con el advenimiento ineludible e incontenible de la sociedad digital; ya la inter-acción dejó de ser: médico-paciente, para convertirse en relación: equipo sanitario-individuo-sociedad.

Por consiguiente consideramos que la concreción de los derechos de los médicos permitiría evaluar las condiciones en las diferentes situaciones en las que el acto médico se realiza en la medicina contemporánea, como podrían ser a título de ejemplo preliminar, la atención grupal, la atención compartida y discontinua, la limitación de los recursos, la sobrecarga horaria, la inadecuación de los espacios de trabajo; de modo que su desempeño sea mas justo y efectivo, menos consuntivo y jurídicamente menos riesgoso, identificando condiciones de trabajo en las que el

quehacer médico se desarrolla en condiciones no apropiadas e insuficientes, con responsabilidades no pertinentes o compartidas o de cuestionable o imposible aplicabilidad en circunstancias particulares.

Además, el médico en su doble condición de profesional y de persona es tanto agente como substrato del acto médico, lo cual lo expone ontológicamente y lo determina en su desempeño, lo que puede traer consecuencias negativas psicológica, profesional y socialmente, como se ha venido delineando durante los últimos años, tanto en Venezuela^(7,8) como en el exterior⁽⁹⁻¹¹⁾ representado en su forma más gráfica como el Síndrome de Tomás, rememorando el personaje de Milan Kundera⁽¹²⁾, en su ya clásica obra “La insoportable levedad del ser” y que se ha caracterizado por la pérdida de idealismos, planes y objetivos, agotamiento emocional manifestado por abandono, depresión, aumento del índice de divorcios, descenso de la autoestima y disminución en la sociedad, de la atracción por la profesión. La importancia de ésta patología fue resaltada inicialmente por Freunderberger⁽¹³⁾ en 1974 y su estudio se ha sistematizado con el inventario de desgaste (MBI)⁽¹⁴⁾ y la medición de desgaste (MB)^(15,16) y ha motivado la atención de organismos internacionales, por lo que actualmente se exige a las instituciones de salud el establecimiento de programas para su prevención⁽¹⁷⁾.

De aquí que surja como un considerando justo y pertinente atender las perentorias necesidades del médico en su ejercicio profesional, con la sola intención de que pueda cumplir satisfactoriamente los requerimientos axiológicos que su vocación le inspira, que su profesión le esculpe y que la sociedad le exige en su desempeño.

La identificación de los derechos de los médicos ayudaría a prevenir los efectos descritos previamente, con la importancia derivada de que se podría llevar a su adopción principialista, mediante códigos gremiales y ordenamientos legales, que pueden trascender a ambientes profesionales nacionales e incluso internacionales como ya se perfila para otros ámbitos de la Bioética^(18,19) y que se precisan en los objetivos que se presentan ulteriormente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo de variedad documental⁽²⁰⁾, que trata de reunir observaciones diversas, recogidas en variadas condiciones, épocas y culturas, constituyendo no obstante un todo estructurado y coherente, que siguiendo a Bertalanffy consideramos operativamente como un sistema no lineal y que por lo tanto es dinámico y evolutivo, y que como Martínez Migueles⁽²¹⁾ ha enfatizado en innumerables oportunidades, se rige por el paradigma epistémico post-positivista., ya que no se basa en la construcción de hipótesis cuantificables o por lo menos medibles o comparables en el contexto estudiado.

Se considera prudente hacer una breve introducción a esta epistemología post-positivista la cual basa su teoría del conocimiento en aserciones provenientes de investigaciones cualitativas, y postula que no existe en el proceso cognoscitivo una relación directa entre los análisis sensoriales y la realidad externa, menos aún con la realidad absoluta, sino que siempre va a haber una mediación y por consiguiente interpretación por el horizonte personal del investigador. La captación de estos sistemas no lineales de conocimiento es compleja y depende del análisis interno de las partes que lo integran, las cuales determinan interacciones mutuas que determinan una substantividad nueva que trasciende a la suma de las partes.

Siguiendo a Moreira⁽²²⁾ se puede decir que nuestra metodología es interpretativa, por cuanto trata de analizar las acciones tomadas como valores, extraídos y dilucidados en las fuentes estudiadas que son a su vez la expresión de proposiciones conductuales en un contexto social definido; holística en su concepción universal del tema; naturalista en cuanto reporta los hallazgos tal y como se encuentran, sin manipulación ni tratamiento experimental; fenomenológica porque resalta aspectos directos de comportamiento; participativa puesto que el investigador se sumerge en el fenómeno que surge en la interacción y en los resultados consiguientes; y por último, es etnográfica dado que estudia la manera como diversas culturas integran o develan los comportamientos o proposiciones conductuales.

La etnografía como herramienta metodológica nos permite diseccionar los paradigmas culturales, su significado, relevancia y trascendencia en el escenario ontológico de la acción que se construye y de la cual participa el investigador para poder llegar a su comprensión descriptiva, pero al mismo tiempo enmarcada en el contexto de la cultura que se estudia; todo ello desde una perspectiva holística del grupo, lo cual solo puede lograrse desde una posición subsumida en el conjunto que determina la actividad, para así tener una apreciación más íntima y simultáneamente comprensiva.

Es también relevante destacar que el investigador utiliza su intuición y conocimiento adquirido para iniciar su labor, sin que esto signifique tener una hipótesis preconcebida, sino que una o varias de ellas irán surgiendo en el transcurso de la investigación, conformando un todo evolutivo, que se inicia con la codificación de lexemas, hasta llegar a la integración final en conclusiones y proposiciones.

En concordancia con la etnografía se ha desarrollado también una fenomenografía, a través de la cual se vivencian y aprehenden los contenidos conceptualizados para luego introducirlos en su interpretación y alcance, en un ensayo de tipo hermenéutico que abarque tanto su comprensión como su significado

La validez de esta visión post-positivista de la ciencia es intrínseca a sus resultados ya que refleja en forma bastante exhaustiva el cuerpo del tema propuesto, estableciendo altos niveles de información temática que se correlacionan y complementan entre sí en el marco de un objetivo común, y que a decir de Parsons citado por Lyotard⁽²³⁾ deben cumplir la condición decisiva para que sea válida, de que se refiera continua y sistemáticamente al estado del sistema considerado como un todo. La validez deviene por consiguiente de la develación de una realidad parcialmente expresada pero hasta el momento poco integrada, lo cual se logrará por el análisis reflexivo, como en las ciencias histórico-hermenéuticas y puede llevar a proponer nuevas relaciones humanas y grupales.

Por otra parte la confiabilidad del método y de la investigación se basa fundamentalmente en la triangulación establecida a nivel de las fuentes de los datos recogidos, que oscila entre lo jurídico y lo social (gremial - profesional) proveniente en el caso que nos ocupa de leyes y códigos, con el enriquecimiento que trae la participación del autor mismo, que si bien introduce la posibilidad del sesgo, también tiene la virtud de dar sentido y coherencia a lo investigado. Categorizar, estructurar, contrastar y teorizar son cuatro procesos que el ser humano posee, que cuando obra libre y no defensivamente se integran en probablemente el mejor instrumento científico que existe⁽²⁴⁾. La credibilidad como sugiere Taft⁽²⁵⁾ depende del convencimiento de los lectores de los constructos alcanzados y métodos utilizados, para lo cual sugiere la explicación de los métodos de recolección y el diseño de técnicas para chequear la calidad de la información recopilada. Es así como Erickson⁽²⁶⁾ propone entre otros el uso de aseveraciones empíricas producto del análisis de datos, viñetas narrativas y analíticas que destaquen la representación vívida de un evento y la discusión teórica interpretativa del significado de lo hallado, para así llegar a la proposición de universales concretos y extrapolables. Por lo anteriormente descrito y siguiendo los criterios que Martínez Miguélez⁽²⁷⁾ considera como más importantes y útiles en la validación de estructuras teóricas, se propone cumplir los siguientes principios (Tabla 1):

Coherencia interna: interrelación sin contradicción entre los elementos que se presentan.

Consistencia externa: elementos dirigidos a fortalecer la temática que se investiga.

Comprensión: integración del más vasto espectro de ideas.

Capacidad predictiva: posibilidad real de discutir la aplicabilidad de las ideas y de las dificultades para realizarlo.

Precisión conceptual: de las ideas en las condiciones específicas en que deban desarrollarse.

Originalidad: condición óptima aunque no absolutamente necesaria de la idea.

Unificación: de dominios cognoscitivos que han permanecido aislados hasta el momento.

Simplicidad: en los conceptos y condiciones en que se desenvuelvan.

Potencialidad heurística: generación de temas de discusión y agregación de otros nuevos de acuerdo a las condiciones culturales imperantes.

Aplicación práctica: es una aspiración inmodesta, que se estimule la discusión del tema y la consideración de su inclusión en el código de Deontología Médica.

Contrastabilidad: las ideas deberán ser susceptibles de examen, crítico o confirmatorio, siguiendo principios básicos del estudio bioético.

Expresión estética: siguiendo ideas básicas de la filosofía griega clásica, se aspira que los axiomas propuestos encierren la belleza de la verdad y la virtud de la bondad.

Se siguió la estrategia del fichaje y compilación de la información con diseño sistematizado publicado en la literatura⁽²⁸⁻³¹⁾ Se compilaron tres tipos de fichas, de acuerdo a la orientación temática de las mismas, las cuales se distinguieron con los siguientes nombres: (Anexo 2)

1. Ficha histórica.
2. Ficha referencial.
3. Ficha estructural

El estudio cubrió todos los países inscritos en la Organización Mundial de la Salud, en los cuales se analizó su código de deontología, su código de ética, y la ley del ejercicio de la medicina. (Tablas 2,3,4,5,6)

Se utilizaron como palabras clave: Derechos del médico, Diceología médica, y cuando estos apartes no aparecían definidos como tales, se buscó derechos individuales como los que se citan ulteriormente.

RESULTADOS

El análisis realizado permitió determinar los siguientes resultados. Solo seis países dedicaron al tema un capítulo específico y trece cubrieron temas relacionados; todos ellos se encuentran ubicados en España e hispanoamérica, pero no hay concordancia en los derechos señalados entre los diferentes países como se presenta en la tabla No.7 y que se listan a continuación:

- 1.- Derecho de escogencia de los pacientes
- 2.- Derecho al trato digno
- 3.- Derecho a ejercer en ambiente apropiado
- 4.- Derecho a la autonomía de criterio profesional
- 5.- Derecho a la asociación gremial
- 6.- Derecho a la salvaguarda del nombre (honra y prestigio)
- 7.- Derecho a ejercer con normas de bioseguridad
- 8.- Derecho a la asociación gremial y huelga
- 9.- Derecho de conciencia
- 10.- Derecho al estudio e investigación en la profesión
- 11.- Derecho a fijar los honorarios
- 12.- Derecho a la seguridad social

DISCUSIÓN

El reconocimiento oficial de los derechos humanos es el resultado más patente de la evolución progresiva de la vida en sociedad pero pocos ejemplos de concesiones aisladas e intermitentes para grupos o minorías se pueden detectar en el transcurso de la historia.

Sin embargo, desde los albores mismos de la civilización en que se puede detectar la presencia de la actividad médica, dioses como Apolo, centauros como Quirón y personajes de confusa identidad como Esculapio⁽³²⁾, ejercieron actividades de sanación; por eso el ejercicio médico ha tenido visos de magia, adivinación, ciencia y religión, que lo han vinculado a otras actividades humanas como la empíria de donde se originó la práctica quirúrgica, la investigación científica de donde surgió la fisiología del ser, la ecología que devela la interrelación con el ambiente físico y la interpretación de la mente y de la conducta de donde se derivan la filosofía, la psicología y en alguna forma la religión. Esta medicina sacerdotal consideraba la enfermedad como castigo de los dioses por una conducta supuestamente pecaminosa. Así, en la cultura egipcia destaca Imhotep hacia el año 2600 a.C. como principal dios de la medicina y en el imperio babilónico, que se inició en el 2300 a.C., la enfermedad era conocida con el nombre de “Shertu”, que quiere decir pecado, cólera de Dios y “Sirei” y “Shamash” eran dioses médicos, lo cual se repite⁽³³⁾, en el ejemplo clásico de la Enfermedad Sagrada como se conocía a la epilepsia en la antigua Grecia⁽³⁴⁾.

En este ambiente mítico-religioso es fácil detectar que el rango social de quienes ejercían la actividad disfrutaban de una categoría privilegiada, no obstante esta posición que seguramente traía beneficios importantes en la cultura griega y otras, también conllevaba responsabilidades, así por ejemplo en el código dictado por Shamash, dios del sol y de la justicia, a Hammurabi rey de la primera dinastía de Babilonia⁽³⁵⁾, que se remonta aproximadamente a 2000 años a.C., se plantea el derecho al cobro por servicios médicos pero también establecía, con mayor énfasis, las responsabilidades y castigos por los resultados negativos del acto médico, lo cual podía incluir desde amputaciones simples hasta la pérdida de la vida. Un poco

más tarde el célebre Homero escritor de “La Ilíada”⁽³⁶⁾, que data del siglo IX a.C. pero que se refiere al año 1200 a.C., relata innumerables descripciones de actividades médicas realizadas tanto por dioses como por sacerdotes y laicos, y destaca el comentario muchas veces citado de uno de los personajes llamado Idomeneo que reza “un médico vale por muchos hombres, por su pericia en arrancar flechas y aplicar drogas calmantes”.

Este reconocimiento social a la actividad médica llevó a su expansión llegando a citarse hasta 63 asclepiones (santuarios de sanación) solo en Grecia, entre los que destaca el Epidauro dedicado al mismo Asclepio; lo cual, no obstante, no se tradujo en derechos concretos y permanentes, salvo en circunstancias accidentales, como la que ocurrió ya tardíamente en el imperio romano cuando César, a fin de favorecer la afluencia de los médicos griegos les concedió el derecho a la ciudadanía en el año 66 a.C., así como otros favores de orden económico⁽³⁷⁾.

La evolución fue lenta pero substancial en la definición filosófica del ejercicio de la medicina durante los siguientes siglos, la doble concepción médico-sacerdotal mantuvo su hegemonía durante toda la edad media, sin embargo la ineficiencia para controlar las epidemias favoreció el desarrollo de la idea que la enfermedad no era producto del pecado, y la Iglesia Católica durante los concilios de Clermont (1130), Reims (1148), Letrán (1139), Montpellier (1162), Tours (1163), París (1212) y Letrán (1215)⁽³⁸⁾ fue separando las responsabilidades mundanas de las espirituales, prohibiendo paulatinamente a los sacerdotes y clérigos el ejercicio de la actividad médica, para la que no estaban preparados y que no era parte de su función religiosa y evangelizadora; este proceso abarcó siete concilios durante siglo y medio, pero llevó por propia evolución a la conquista del primer derecho de la Medicina, el de existir como actividad independiente, surgió así una profesión, que fue consolidada por la fundación y desarrollo de las primeras universidades con estudios médicos formales como fueron Bologna (1088), París (1110), Oxford (1167) y Montpellier (1181).

Es así como de Hipócrates⁽³⁹⁾ heredamos una ética profesional, definida comúnmente como paternalista, que se mantuvo prácticamente incólume por casi

2000 años y que las enseñanzas de Galeno⁽⁴⁰⁾, Maimónides⁽⁴¹⁾, Osler⁽⁴²⁾, Razetti, de la AMA⁽⁴³⁾ y de la OMS⁽⁴⁴⁾ solo ratificaron; esculpiendo en el espíritu médico el rigorismo de una profesión de fundamentación axiológica, basada en la vocación por el deber, la dedicación y la responsabilidad, pero también confiriéndole la autoridad que le acreditaba su conocimiento y experiencia, lo cual devino en la rutinización del poder de decisión y la preminencia sobre el más básico de los derechos humanos, el de la vida del paciente y de la calidad de la misma.

La profesión médica por la misma cualidad de su ejercicio ha experimentado y si se quiere sufrido los efectos de tal evolución en una forma más acentuada, ya que involucra la relación de dos personas que detentan los mismos derechos humanos básicos, pero que en el desempeño del acto médico se colocan en sitios diferentes, antípodas de un objetivo consensual, con el propósito claro y conciso de que esa simbiosis sea benefactora para el ente en minusvalía, que obviamente es la persona enferma.

Alternativamente los requerimientos y necesidades del médico como profesional y como persona han sido soslayados y solo marginalmente considerados, como ha sido revisado previamente y que detallamos con más precisión en la historiografía de los derechos humanos que presentamos a continuación.⁽⁴⁵⁾:

2350 a.C. Código de Urukagina (Mesopotamia): referenciado en documentos posteriores, recopilación de leyes.

2050 a.C. Código de Ur-Nammu (Mesopotamia): primer código escrito conocido.

1750 a.C. Hammurabi (Babilonia): contenía normas específicas sobre el ejercicio médico.

1280 a.C. Código de Manú (India): clasificación por castas con derechos grupales.

1250 a.C. Leyes de Moisés: el mandamiento no matarás señala un máximo respeto a la vida.

630 a.C. Zoroastrismo: principios monoteístas básicos similares al judaísmo.

621 a.C. Código de Dracon (Atenas): código extremadamente severo, reunió las primeras leyes escritas en Grecia.

600 a.C. Leyes de Licurgo (Esparta) reglamento severo que establecía derechos grupales para apoyar a los militares y la práctica de la guerra.

590 a.C. Código de Solón (Atenas): famoso por su promoción de la justicia.

560 a.C. Inicio del Budismo: propugna el mejoramiento de la persona por el esfuerzo propio.

550 a.C. Inicio del Confucionismo: preconiza la práctica de las virtudes en función social.

500 a.C. Inicio del Taoismo: favorece el cultivo de las virtudes en función del mejoramiento personal.

450 a.C. Ley de las doce tablas: base romana del derecho público y privado moderno, la ley se rige por normas escritas y deja de depender de la apreciación de los jueces.

350 a.C. Código de Li Kui: primer código imperial chino.

30-33 d.C. Predicaciones de Jesús de Nazaret: proclama la dignidad e igualdad.

313 d.C. Edicto de Milán: reconoce el derecho grupal a la libertad religiosa.

529 d.C. Código de Justiniano: reivindica el derecho romano y da origen a la noción moderna de la justicia.

570 d.C. Inicio del Islamismo.

Pero probablemente la noción moderna se establece en 1100 con la fundación de la primera escuela de "Derecho" en Bolonia por el jurista italiano Imerius, quien hace revivir el Código de Justiniano y propaga el derecho romano por toda Europa; de allí en adelante la lucha se establece por la aplicación o modificación de leyes ya

existentes y la definición del universo obligado a cumplirlas. La lucha fue ardua y algunos eventos históricos así lo demuestran, entre los cuales podemos resaltar los siguientes:

1.- 1215 Carta Magna de las Libertades exigida por los señores feudales y otorgada por Juan Sin Tierra; se reconocen derechos religiosos que beneficiaban al credo protestante, derechos profesionales para la condición social de mercader o señor feudal y derechos individuales para la condición de persona, al declarar: “Ningún hombre libre será detenido o encarcelado, como no sea en virtud de un juicio legal de sus pares o de la ley del país”. Este documento fue ratificado y ampliado por Eduardo I en 1297.

2.- En 1387, el Príncipe-Obispo Adhemar Fabri en Suiza otorgó múltiples beneficios especialmente de orden económico que tienen la particularidad de haberse extendido a extranjeros y tener carácter de perpetuidad.

3.- En 1532, Francisco de Vitoria defendió los derechos de los indios americanos.

4.- En 1542, el Edicto de Nantes concedió iguales derechos a católicos y protestantes.

5.- En 1627, el Parlamento Inglés en pleno redactó la “Petición de Derechos”, que incluía principios de libertad política para el parlamento y de libertades individuales de orden fiscal y jurídico para toda la población, lo cual fue aceptado y promulgado por Carlos I, pero abolido por él mismo en 1649.

6.- En 1679, durante el reinado de Carlos II, también en Inglaterra, se instituye el procedimiento de “Habeas Corpus” que garantizaba la libertad individual contra detenciones y represiones arbitrarias y que exigía la presencia ante el juez del acusado, quien podía ser objeto de resarcimiento por daños y perjuicios en caso de inocencia y establecía multas y sanciones a los funcionarios negligentes.

7.- En 1689, el Parlamento Inglés impuso a María Estuardo la “Declaración de Derechos” (Bill of Rights), lo cual da cierre a la “Revolución Inglesa” de 1688. Se

establece un contrato de relación entre los soberanos y el pueblo, que en esta forma adquiriría también la condición de soberano, pues era él quien elegía a los reyes, finalizando con la idea y práctica de que se reinaba por designio divino. La ley se posicionaba por encima del Rey y diversos derechos de orden político adquirieron fuerza de ley como fueron: derecho a votar, ejercicio de garantías judiciales, protección de libertades individuales y la libertad de culto para el grupo de credo protestante.

8.- En 1776, se redacta la “Declaración de Derechos de Virginia en Estados Unidos de América” en la cual ya se consagran principios más universales como la igualdad de los hombres, la separación de los poderes de gobierno, la jerarquización del poder legislativo sobre el ejecutivo y del civil sobre el militar, la libertad de culto y de prensa. La concepción en su conjunto define algunos derechos como naturales e inalienables. Todo lo cual se integró en la declaración de independencia de Estados Unidos que consagró la igualdad de los hombres, sus derechos consubstanciales a la vida, la libertad, la propiedad, la expresión, al culto religioso y a la defensa de los mismos, que a su vez sirvió de modelo para argumentar las guerras de independencia en toda América en las décadas subsiguientes.

9.- En 1789, la Asamblea Constituyente de Francia, luego de la capitulación de Luis XVI al término de la celeberrima “Revolución Francesa”, abolió los derechos reales y feudales y decretó los “Derechos del hombre y del ciudadano”.

Durante los siguientes dos siglos se fue profundizando el principio de los “Derechos” no solo como norma de justicia social sino también como fundamento estructural de la vida en sociedad y base de la tolerancia necesaria para el respeto y la convivencia entre grupos de diferente credo y cultura.

No obstante, el cataclismo social que significó la Segunda Guerra Mundial evidenció las múltiples violaciones en que se había incurrido y propició un paso fundamental en la organización de la sociedad mundial, plasmado en la “Declaración de las Naciones Unidas” en 1945⁽⁴⁶⁾ con sus subsiguientes modificaciones, la Declaración

de la UNESCO para la educación la ciencia y la cultura en 1945⁽⁴⁷⁾ y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948⁽⁴⁸⁾, en todas ellas se toca directa o tangencialmente aspectos relacionados con la vida humana y por consiguiente se establecen innumerables silogismos con el ejercicio médico.

El advenimiento de la sociedad post modernista⁽⁴⁹⁾ ha devenido en un cambio progresivo y profundo de las interrelaciones humanas, por lo cual hace tiempo que los sociólogos abandonaron la idea de englobar el ecosistema social en una sola teoría⁽⁵⁰⁾. Se distinguen actualmente diversos grados y formas de integración condicionados por el desarrollo social y económico, de donde surge por ejemplo el post materialismo⁽⁵¹⁾ en el que la posición social ya no es una cuestión de empoderamiento económico, sino de acceso a la participación social, a la proximidad a los centros de decisión y de acceso a la información; todo lo cual condiciona los patrones de conducta tanto en lo grupal como en lo individual, y aplicado al acto médico y a la bioética en particular nos recuerda la sentencia de Castillo Valery⁽⁵²⁾ quien declara “La bioética evoluciona dentro de una tradición empírica, pragmática y utilitarista de base individualista”.

El fracaso de las ideologías en lo económico, político y social crea desconcierto y desconfianza, por lo cual la sociedad se refugia en la inmediatez del posible beneficio, el hedonismo, las experiencias sensibles desfiguradas por drogas y psicofármacos, la manipulación de la naturaleza a través de la biotecnología, la cirugía estética, el trasplante de órganos. La bioingeniería y la nanotecnología, para citar solo algunos ejemplos paradigmáticos, afectan a la sociedad en general y al médico en particular, sin olvidar áreas de difícil definición como serían las englobadas en la medicina alternativa o en el resurgimiento ortodoxo de creencias ancestrales y religiosas^{(53),(54)} o sencillamente conductuales como el vegetarianismo o la antroposofía.

La actividad médica al igual que el sacerdocio y el derecho, han sido oficios tradicionalmente considerados como profesiones liberales, por lo cual gozan de una considerable libertad de acción, que involucra no obstante un insoslayable compromiso personal, que hoy también se ve desafiado por la instrumentación, la

estandarización de lineamientos, protocolos de tratamiento y guías clínicas que apuntan a conocer y normar qué se diagnostica, cómo y cuándo se trata y qué se prescribe ⁽⁵⁵⁾.

Además la tecnificación de la aldea global y la red social que nos ha convertido en una sociedad digital, y que nos proporciona una más rápida y probablemente más efectiva comunicación, pero con la desventaja de que la falta del contacto directo disminuye la percepción sensorial visual, auditiva y táctil del interlocutor, perdiendo la apreciación clínica del lenguaje corporal, la gesticulación, el rictus de la boca, el énfasis y entonación de la palabra, la posición y movimiento de las manos y en general todos aquellos elementos que se engloban en el campo de la programación neuro-lingüística. La calidad de la relación ha disminuido al perder elementos que permitan la percepción sensible, integral e integrada, en el constructo simultáneo, evolutivo e interactivo, que constituye el acto médico ⁽⁵⁶⁾.

Concomitantemente se incorpora la indefinición de los parámetros de conceptualización y comparación, la transculturización y la urdimbre de los paradigmas que ya no son, pero tampoco dejan de serlo, como bien lo aprecia A. Arteaga⁽⁵⁷⁾ en la siguiente declaración: “Sin que por ello decaiga la trascendencia de la misión humana y social que corresponde al médico, sin la exageración sacral, pero en el ámbito de la mística sacerdotal que no puede separarse sin peligro, de su labor de curar al hombre, entendido como ser integral, dotado de un cuerpo y un espíritu, con una personalidad moral y una eterna aspiración de lo divino”. El culto de una ansiada libertad individual, tan reclamada como elusiva, está cada vez más sujeto a variados y cambiantes patrones sociales, lo que ocasiona que la integración y normas de interrelación se desdibujen y por consiguiente pierdan el carácter ético, normativo, deontológico o jurídico que una vez ostentaron.

La ciencia y el arte de la medicina han tenido en el transcurso del proceso de socialización, un carácter pre-eminente; su posición social siempre ha estado ligada al poder, a los centros de culto y de gobierno, no podría haber sido de otra forma, puesto que se trata en definitiva de descubrir y manejar las debilidades y las condiciones vitales del ser humano, para depositarlas en un acto de entrega casi

absoluta al arbitrio y manejo de la ciencia y conciencia de otro, que de allí en adelante obtiene la posibilidad de determinar el destino de ese que ha llegado a ser su paciente; se establece tácitamente una interrelación ontológica desigual, dónde hay un nivel de dependencia intrínseca consubstancial; de los monjes, chamanes, brujos y piaches; de los antiguos médicos, barberos y cirujanos⁽⁵⁸⁾ emergió una nueva conciencia médica laica y científica, empecinadamente humana y que obcecadamente se define en cada acto médico.

La responsabilidad ejercida le confirió a la medicina una alta posición social, que se desarrolló como una actividad de compromiso con la bondad, la honestidad y la eficiencia, en la que el cultivo y práctica de los valores se convirtió en una característica inmanente, no impuesta sino propugnada por la misma profesión, con una fuerza tal, que la sociedad aceptó por mas de 2000 años ese incuestionable rol ductor que le otorga el conocimiento y que hipotéticamente era aplicado con las normas morales que la misma profesión preconizaba. El ejercicio médico descansaba sobre los principios axiológicos que eran parte estructural de sus fundamentos filosóficos doctrinarios⁽⁵⁹⁾.

No obstante, el médico se mostró como lo que es, un ser humano más, y con las debilidades inherentes a su condición cometió grandes errores, tantas veces publicitados como lo han sido las intervenciones médicas en la Alemania nazi⁽⁶⁰⁾, y la investigación en etnias o grupos socialmente minusválidos como niños, ancianos y afro-americanos^{(61),(62)}, lo cual concientizó a la misma profesión y a la sociedad entera de la necesidad de cambiar las relaciones de poder, convirtiendo al paciente en árbitro de su destino.

El médico por consiguiente se ha visto inmerso en un conticinio conductual, se le imponen y aumentan nuevas responsabilidades y se le exige nuevas formas de comportamiento en el marco de diversos escenarios de relación, como lo han sistematizado diversos autores como Pellegrino y Thomasma⁽⁶³⁾ quienes distinguen sucintamente, la relación mercantil, la contractual, la de alianza, la preventiva y la beneficiante. No obstante, cualquiera que sea el modelo en que se desarrolle, el acto médico conlleva el respeto a la personeidad del paciente como individuo

humano único e irrepetible, ontológicamente en situación de indefensión o por lo menos de minusvalía, lo cual ya ha sido reivindicado desde mediados del siglo pasado y de donde han surgido varios acuerdos mundiales con diversos grados de vinculación, como son la Declaración de los Derechos Humanos de Helsinki en 1964, con sus sucesivas modificaciones en Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tokio 2004 y Seul 2008⁽⁶⁴⁾; la Declaración de Responsabilidad Profesional de la American Medical Association (AMA)⁽⁶⁵⁾ y la más pertinente para nuestra discusión, la Declaración de Lisboa de 1973 sobre los derechos del paciente, en la que se reconoce su derecho a la administración de su ser y a la autonomía a disponer del mismo. Probablemente el primer documento de significación mundial en el tema de los derechos de los médicos está dado por el Código de Deontología de la Asociación Médica Americana, que data de 1847, y en el que J Bell declara : “Cada deber u obligación implica, ambos en igualdad y para su desempeño exitoso un derecho correspondiente”⁽⁶⁶⁾; además en el capítulo I se describe el derecho de los médicos a ser tratados con cortesía, a merecer respeto profesional, a la obediencia del paciente a cumplir el tratamiento, a la fidelidad, al compromiso económico y a la consideración en el uso del tiempo médico; y en el artículo II del capítulo III se menciona además la tolerancia que el público debe tener con respecto al carácter liberal e inexacto de la disciplina médica. La consideración de los múltiples aspectos de tales prerrogativas probablemente condicionó que en las siguientes ediciones de dicho código, se hayan simplificado los enunciados y los derechos de los médicos solo se pueden inferir habiéndose reducido al derecho a asociación y al derecho a seleccionar los pacientes a quienes servir, aunque siempre preservando el principio cimero de cuidar y preservar la vida del paciente.

En épocas más recientes cabe destacar la Declaración de Manzanillo en México⁽⁶⁷⁾ donde se discute en mayor profundidad el tema, proponiendo los siguientes trece derechos:

- 1.- A ser escogido.
- 2.- A trato digno y respetuoso.

- 3.- A educación médica y desarrollo profesional.
- 4.- A recursos para el desempeño de su trabajo.
- 5.- A indemnización por daños derivados del ejercicio de su profesión.
- 6.- A remuneración extraordinaria por riesgos profesionales.
- 7.- A honorarios justos y estandarizados por dignidad, responsabilidad y preparación.
- 8.- A protección y reparación de su prestigio profesional.
- 9.- A asociación para beneficios gremiales.
- 10.- A autonomía de su ejercicio profesional.
- 11.- A participación libre en la atención del paciente.
- 12.- A acceso a investigación y docencia en el campo de su profesión.
- 13.- A la evaluación del ejercicio profesional, por médicos con conocimientos iguales o superiores.

En el ámbito nacional, se instaló en Venezuela en 1902 el Colegio de Médicos, creado a instancias del Congreso Nacional de la República como corporación científica y doctrinaria, encargada de representar la ciencia médica nacional y que evolucionó a la hoy reconocida como Academia Nacional de Medicina; entre sus funciones se propuso la redacción y publicación de un código de moral médica, lo cual fue llevado a cabo por el Dr. Luis Razetti, quedando sancionado luego de no pocos esfuerzos el 30 de mayo de 1918, con el título de Código de Moral Médica⁽⁶⁸⁾; el mismo fue considerado y adoptado por el Congreso Médico Latinoamericano reunido en noviembre de 1922, pero la actividad pionera de Venezuela no fue reconocida públicamente por Colombia y Perú, aun cuando sus respectivos códigos salieron a la luz pública uno y cuatro años después del venezolano y se considera que fue éste el que sirvió de guía e inspiración para el resto de latino-américa. No obstante el código peruano merece un reconocimiento⁽⁶⁹⁾ por haber introducido un

capítulo aparte con el título de Diceología, en el que se distinguen prerrogativas como el derecho de ejercicio solo para personas formadas académicamente, seguro de vida, seguro de riesgo profesional, derecho a la estabilidad laboral y al descanso dominical.

En la última versión del código venezolano del año 2003 se dedica también un capítulo especial a la diceología médica, en el cual se consagran los derechos del médico a elegir los pacientes, a suspender el servicio en circunstancias especiales, a negarse a prestar servicios para los que no haya sido contratado y a adherirse a reclamos colectivos de mejora o defensa profesional⁽⁷⁰⁾.

Como podemos apreciar los derechos de los médicos han sido motivo de tratamientos disímiles en los diferentes países, oscilando desde su ausencia absoluta hasta la consideración extensa de prerrogativas, muchas de las cuales no son privativas de la medicina sino que se extienden a otras profesiones, pero que en ella cobran mayor relevancia o trascendencia, por las características mismas del servicio que desempeña.

La carga de obligaciones a que la profesión está sometida y la necesidad de satisfacer los derechos de los pacientes hace que el médico se vea enfrentado con una carga ética y legal, que requiere de la aplicación de un principio de justicia, bien sea en la interpretación aristotélica como justicia conmutativa que regula las interacciones entre las personas y/o los grupos sociales⁽⁷¹⁾ o en la reformulación de la justicia distributiva que con el nombre de justicia social ha propugnado los valores fundamentales de la iglesia católica⁽⁷²⁾ o en la ética discursiva elaborada por Karl-Otto Apel y Jürgen Habermas que se basa en la reciprocidad que debe existir en todos los humanos como personas y en el diálogo como herramienta para establecer normas válidas⁽⁷³⁾; en cualquier aproximación que se haga al tema surge la necesidad de que se establezcan parámetros justos de interrelación y que en este trabajo planteamos con la calificación de derechos de los médicos como compensación a los derechos de los enfermos y a su papel en la sociedad en general.

La exhaustiva revisión que se presenta en este trabajo solo confirma la poca atención que ha recibido el tema en el transcurso de los años y aún en la época actual por lo que proponemos la introducción de una “Carta de los derechos de los médicos” que aspiramos a que resulte mas focalizada y orientada; es pertinente aclarar que se trató de hacer abstracción de los derechos fundamentales universales, de los cívicos y gremiales insistiendo en los que atañen mas directamente a la medicina y su ejercicio, y que detallamos a continuación.

1.- Objeción de conciencia:

El medico está autorizado a suspender la atención a un paciente, si este le exige la práctica de procedimientos que falten a la moral, a normas legales o éticas o a sus propios principios religiosos o éticos. En el caso de que exista estricta emergencia médica, el médico debe buscar la ayuda de otro colega que este dispuesto a ejecutar los deseos del paciente, pero en su defecto debe atender al enfermo en cualquier circunstancia, sobre la base de que la preservación de la vida, priva sobre cualquier otro considerando. El principio también prela en ambientes educacionales, por ejemplo durante la realización del post-grado y mas tardíamente durante el desempeño de un cargo en el que autoridades médicas , administrativas, gubernamentales, policiales o militares le exijan la práctica de los mismos.. Las razones del medico deben ser rectas y constantes, evitando la practica de doble moral o la prosecución de ventajas laborales de orden económico o de disminución de carga laboral⁽⁷⁴⁾.

2.. Objeción de ciencia:

El médico puede desobedecer la orden médica dictada por un superior si considera que esta perjudica o pone en riesgo la vida del paciente pero debe hacer del conocimiento de las autoridades médicas pertinentes de tal decisión. La conducta tomada debe ser defendida a posteriori ante un comité autorizado y

especializado quien analizará tanto las indicaciones médicas como las circunstancias y argumentos en las que los hechos han ocurrido.

3.-Derecho a la administración de su tiempo profesional:

El tiempo de dedicación a cada paciente varia de acuerdo a muchos factores como pueden ser, tipo de enfermedad, estado de salud, complejidad de la enfermedad, grado de comprensión del paciente etc., por lo tanto es imposible que se le exija la atención de un número determinado de enfermos por unidad de tiempo. El acto médico conlleva el establecimiento de una relación amistosa con el paciente que permita el grado de confianza necesario para el conocimiento mutuo, lo cual no se puede lograr con actitudes que denoten urgencia del médico por terminar la entrevista. La dedicación del médico no se puede medir solamente por la cantidad de horas de trabajo por semana sino también por la carga laboral desempeñada y las características de la misma. La relación entre el tiempo de dedicación y el buen desempeño de la consulta ha merecido atención y publicación especial por parte del American College of Physicians ⁽⁷⁵⁾

4.- Derecho al descanso:

La actividad médica puede ser agotadora tanto física como mental y emocionalmente, todo lo cual obnubila el juicio y disminuye en general la capacidad laboral, por lo que solo él médico está en posición de decidir si esta en condiciones de cumplir con las exigencias de un nuevo paciente. La exigencia se puede presentar tanto en el ámbito de los servicios de emergencia, de pabellón, como de consulta externa, de modo que el médico tiene el derecho y al mismo tiempo el deber de auto-evaluar sus capacidades, en un momento dado y no arriesgarse a cometer errores por agotamiento por una exigencia laboral institucional exagerada o por dedicación personal sobre-dimensionada autoimpuesta.

5.- Derecho a la docencia permanente en las etapas formativas:

Aún cuando el médico ya ostenta su título académico para el ejercicio profesional, pasa por períodos de formación y especialización durante los cuales requiere de la docencia permanente de sus superiores académicos, los cuales deben estar de cuerpo presente para orientar o por lo menos servir de elemento de consulta, con la rapidez o urgencia que el caso requiera.

Estos períodos son mas críticos en determinadas épocas del año, por ejemplo en periodos vacacionales o navideños o cuando los residentes terminan la totalidad de su período de especialización y la responsabilidad se delega en los que apenas inician su último año de formación.

6.- Derecho a estudiar, explorar y consultar

La situación de un paciente es única, aún dentro de una misma enfermedad, por lo que bien vale el aforismo que reza, no hay enfermedades sino enfermos. El médico por lo tanto puede utilizar los recursos que mas le aseguren el beneficio de su paciente, salvo cuando haya prohibiciones expresas por parte del mismo. El estudio del paciente conlleva un tiempo impredecible y la ejecución de exámenes y procedimientos o consultas que pudieran no haberse programado en el inicio, para todo lo cual se debe contar con el consentimiento o asentimiento del paciente o de los familiares responsables .

7.- Derecho a la asociación profesional asistencial

El ejercicio médico es en mucho multi e interdisciplinario, por lo tanto el medico tiene el derecho de asociarse con los colegas que a su juicio le garanticen el bienestar de su paciente tanto desde el punto de vista diagnostico como terapéutico. Siempre se deberá respetar la opinión del paciente y las normas institucionales pre-establecidas.

8.- Derecho a la escogencia del paciente

El medico por razones personales salvo - en situaciones de emergencia- o cuando sea el único disponible - podrá rechazar o suspender la atención de un paciente que requiera de sus servicios, en el segundo caso deberá asegurar la continuidad de la atención profesional pertinente.

9.- Derecho a protección física y biológica

La protección de riesgo laboral por exposición a químicos, energía radiante, infecciones o a agresiones físicas puede requerir de exigencias particulares y como consecuencia derivada puede exigir indemnización por enfermedad laboral por causas conocidas o no, siempre y cuando se hayan cumplido las normas de bioseguridad vigentes

10.- Derecho a protección moral

El médico tiene derecho a implementar medidas que le protejan de riesgos que amenacen su integridad moral y prestigio profesional incluyendo aspectos muy íntimos como serían los derivados de acoso sexual por parte del paciente o sus familiares o responsables.

11.- Derecho a remuneración proporcional

El acto médico exige una serie de capacidades y conocimientos de variada dificultad de acuerdo a la enfermedad, tipo y estado del paciente, tiempo empleado y las circunstancias en que se desarrolla, lo cual requiere de una formación continua que implica dedicación , estudio e inversión económica, por lo tanto no puede haber una estandarización en la cuantificación de los honorarios profesionales, sin embargo siempre debe haber comunicación y explicación directa y permanente al paciente, sobre la justificación de los mismos. El acuerdo debe establecerse previamente , lo cual no debe limitar al médico para actuar de acuerdo a su parecer en situaciones de emergencia o imprevistas, pero no debe cubrir situaciones crónicas no relacionadas con la patología que ha ameritado la consulta.

12.-Derecho al secreto profesional

El médico tiene derecho a manejar como secreto profesional no solo a lo relacionado directamente con el acto médico, sino también a toda la información de cualquier orden, que haya llegado a ser de su conocimiento en ocasión de su desempeño profesional. Igualmente tiene derecho a exigir la implementación de los mecanismos de seguridad necesarios para el manejo electrónico de la información de su paciente.

Los derechos anteriormente considerados pueden variar en diferentes culturas y grados de evolución de la sociedad y del conocimiento, pero siempre se deberá buscar el establecimiento de un mínimo ético común que permita la comunicación de la sociedad y la preservación de la humanidad

REFERENCIAS

1. Cadavid Restrepo T. Raíces griegas y latinas. Etimologías Médicas y Biológicas y Glosario Técnico. Ciencias Naturales. Bogotá: Ed. Litografía Colombiana; 1932
2. Asociacion Medical Mundial. Declaracion sobre los derechos de los pacientes. Lisboa 1981, Bali_Indonesia 1995, Santiago-Chile 2001. Disponible en: <http://www.who.in/ethics/en>
3. Hyton Nancy Disponible en: <http://www.centerholistic.com>. Consultado 10 de octubre de 2012
4. Padela AL. Primer código de medicina tradicional. Disponible en: <http://portalinfomed.sid.cu.socbio>. Consultado 9 de febrero de 2012
5. Cortina A. Justicia cordial. Madrid: Ed. Trotta; 2010
6. MacRae SK, Fox E, Slowther A. Clinical ethics and systems thinking. En PA Singer and Viens A. En: The Cambridge Textbook of Bioethics. Cambridge; University Press; 2008. p.313-321
7. Blandin J y Martínez D. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento; su relación con la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar Carlos Arvelo. Arch Ven Psiq Neurol 2005; 51:104
8. Nuñez RD. Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las áreas críticas del Hospital Antonio María Pineda en Barquisimeto. Disponible en: <http://www.bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be>. Consultado 9 de febrero de 2012
9. Horwitz N. El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. Rev Med Chile 2004; 132: 768-772
10. Roma H. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev Cubana Salud Pub 2003; 29: 103-110
11. Cebria-Andreu J. Comentario :El syndrome de desgaste professional como problema de salud pública. Gac.Sanit 2005; 19:470
12. Kundera M. La insoportable levedad del ser. Barcelona: Ed. Tusquets; 1986
13. Feunderberger HJ. Staff Burnout. J Soc Issues 1974; 30:159-164

14. Halbesleben J, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes, exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manag Rev* 2008;33:29-39
15. Maslach C, Jackson SE and Leiter MP. *Maslach Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto (Cal): Consulting Psychologist Press;1996
16. Arthur N. The assessment of burnout. A review of three inventories useful for research and counseling. *J of Couns and Dev* 1990; 69:186-189
17. Joint commission on accreditation of healthcare organizations. Medical staff reflects current practices in the field. *Jt Comm Perspect* 2000; 20:9-1311
18. Andorno R. Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on bioethics and human rights. *J Med Ethics*. 2007; 33:10-154
19. Hedayat KM. The possibility of a universal declaration of biomedical ethics. *J Med Ethics*. 2007; 33:17-20
20. Casas M. Introducción a la metodología de la investigación en Bioética. Sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. *Acta Bioética* 2008;14:97
21. Martínez M. Nuevo paradigma epistemológico de la ciencia en la dimensión ética de las ciencias y la tecnología. Comisión de estudios interdisciplinarios. Vicerrectorado Académico UCV: Ed Melvin C.A.; 2008.p.25-45.
22. Moreira MA. Investigación en educación en ciencias: métodos cualitativos. *Actas del PIDECE* 2002; 4: 25- 54
23. Lyotard JF. *La condición posmoderna*. Madrid: Ed. Cátedra; 1994
24. Rogers CR. Some thoughts regarding the current presuppositions of the behavioral sciences. En: Coulson W and CR Rogers. *Man and the sciences of man*. Ohio: Ed Merril; 1968
25. Taft R. Ethnographic research methods. En: Keeves JP. *Educational research methodology and measurement. An international handbook*. Oxford: Pergamon Press; 1988. p. 71-75
26. Erickson F. Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En: Wittrock MC. *La investigación en la enseñanza II*. Barcelona: Paidós; p.195-301
27. Martínez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma* 2006; 27:07-3
28. Bosch C. *La técnica de la investigación documental*. Caracas: Instituto de investigaciones económicas y sociales UCV; 1969

29. Rodríguez L. Metodología del estudio y de la investigación. 3ª. ed. Caracas: Ediciones del Congreso de la República; 1976.
30. Soriano G: Manual de técnicas de investigación. Caracas: Ed Contexto; 1978
31. Hochman H y Montero M. Investigación documental. Técnicas y procedimientos. Caracas: Ed.Panapo; 1986
32. Steuding H. Mitología griega y romana. Barcelona: Editorial Labor,S.A. 1953 p.33
33. Garcia Valdes A. Historia de la medicina. Madrid: Ed Emalsa-Interamericana; p.18
34. García Gual C. Sobre la enfermedad sagrada. En: Tratados Hipocráticos. Madrid: Ed. Gredos; 1990
35. Díaz González J. El Código de Hammurabi: las leyes medioasirias y la Biblia en sus relaciones con la medicina asirio-babilónica. En: Historia de la medicina en la antigüedad. Barcelona: Ed Barna; 1950. p. 28
36. Homero. La Ilíada. Caracas: Biblioteca El Nacional - Ed Planeta; 2000
37. Díaz González J. Introducción y triunfo de la medicina griega en Roma: Desde la aversión a los médicos griegos, encabezados por Catón el censor, hasta Asclepiades de Prusa y el advenimiento de una cultura superior. Barcelona: Ed Barna; 1950. p.193
38. Hertling L. Historia de la iglesia. Barcelona: Ed Herder; 1961
39. Hipócrates de Cox: Juramento. En: García Gual C. Tratados Hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos; 1990
40. Galeno. Mis libros. En: Reale G y Antiseri D. Historia del pensamiento filosófico y científico. Barcelona: Editorial Herder; 1995
41. Hernández MC. Maimónides. En: Hernández MC. Filosofías no occidentales. Madrid: Ed Trotta; 1999
42. Cushing H. The life of Sir William Osler. Oxford-London: University Press; 1924
43. American Medical Association: Revised principles of medical practice. 2001 Disponible en: <http://www.ama-assn.org/medical-ethics> Consultado 10 de febrero de 2012
44. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Ética Médica. 2002. Disponible en: <http://www.who.int/ethics/en> Consultado 10 de febrero de 2012
45. El Blog de ciber-ética holístico-planetaria. Cronología universal de los derechos humanos. Disponible en <http://www.holismoplanetario.wordpress.com>. Consultado 12 de febrero de 2012

46. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre los Derechos Humanos y las Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>. Consultado 12 de febrero de 2012
47. UNESCO. Declaración sobre UNESCO past and present 1945-1995. A fact sheet. Disponible en: <http://www.unesdoc/unesco.org>. Consultado 13 de febrero de 2012
48. Asociación Médica Mundial. Declaración de los Derechos Humanos de Helsinki 1964, Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West Sudáfrica 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tokio 2004, Seul 2008. Disponible en: <http://www.who.int/ethics/en>. Consultado 10 de febrero de 2012
49. Díaz E. Posmodernidad. Caracas: Editorial Alfa; 2008.
50. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. México: Ed. Fondo de cultura económica; 1976
51. Diez Nicolas J. Social position, information and postmaterialism. Rev Esp Inv Sociol 1996 ; 96: 153-165
52. Castillo-Valery A. Escenario de su desarrollo: postmodernidad, problemática social y crisis de las instituciones. En: Castillo Valery A. Bioética. Caracas: Ed. Disinlimed; 2006. p 40-47
53. Código de ética médica islámica. Bioética 2007; 21(3): 1
54. Steinberg A. Jewish medical ethics. En: Encyclopedia of jewish medical ethics. 1998; 6: 624-645
55. Coburn D. State authority. Medical dominance and trends in the regulation of the health professions: The Ontario case. Soc Sci and Med 1993; 37: 841-850
56. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Editorial Alianza; 1983
57. Arteaga Sánchez A. La responsabilidad social del médico. 3^{era} ed. Caracas: Imprenta Universitaria; 1991
58. Attali J. Doctores cirujanos y barberos. En: El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina. Barcelona: Ed Planeta; 1979. p103
59. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Ed. Triacastella; 1998
60. Goldensohn L. Las entrevistas de Nuremberg. México: Ed Santillana - Ediciones generales S.A.; 2005
61. Beecher HK. Ethics and clinical research. N Eng J Med 1996; 274:1354.1360
62. Katz J. Experimentation with human beings. New York Russel Sage Foundation 1972. Citado por: Tell JL y Schamm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical

ethics and the raise of bioethics. Cad Saude Publica. Rio de Janeiro 15(Sup 1); 1999:15-26

63. Pellegrino ED y Thomasma. For the patient's good. New York: New York University Press; 1988. p 101

64. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://es.wikisource.org/wiki> Consultado 15 de febrero de 2012

65. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la Responsabilidad Profesional. Contrato social de la medicina con la humanidad .2001. Disponible en: <http://www.who.int/ethics/en>. Consultado 10 de febrero de 2012

66. American Medical Association. Original Code of Medical Ethics. 1847

67. Tena C, Ruelas E, Sánchez A, Cisneros R, Manuell G, Moctezuma G et.al. Derechos de los médicos. Experiencia mexicana para su determinación y diffusion. Rev Med IMSS 2003; (6): 503-508

68. Razetti L. Obras completas I. Deontología médica. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas: 1963

69. Razetti L. Código peruano de moral médica. En: Luis Razetti. Moral Médica Caracas: Tipografía Americana; 1928

70. Federación Médica Venezolana. Diceología o derechos del médico. En: Código de ética en medicina: Barquisimeto; 2003, p.32

71. Gonzalez L J y Marquínez G. La justicia, condición ineludible para la armonía social en Valores éticos para la convivencia . Bogotá: Ed . El búho; 1999,p71

72. Van Gestel C. La doctrina social de la iglesia. Barcelona Ed. Herder 1961

73. Habermas,J. Facticidad y validez citado por A. Cortina en Justicia Cordial Madrid: Ed Minima Trotta; 2010

74. Objecion de conciencia del médico. Declaración de la Comisión central de ética y deontología medica de la OMC. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n3/legis1.html> Consultado 10 de febrero de 2012

75. Braddock CH, Snyder L., for the American College of physicians Ethics and human rights committee. Ethics and time, Time perception and the patient-physician relationship. Philadelphia: American college of physicians; 2005 :Position paper (Available from American College of physicians, 190N.Independence Mall West, Philadelphia,PA 19106)

ANEXOS

Anexo 1

Componentes del Acto Médico:

1. Anamnesis
2. Examen físico
3. Exploraciones de laboratorio
4. Exámenes complementarios
5. Diagnóstico: información y educación al paciente
6. Tratamiento: información y educación al paciente (requisitos, condicionantes, efectos colaterales e interacciones medicamentosas)
7. Educación de familiares sobre la enfermedad y el tratamiento
8. Cuidados complementarios (dieta, aseo, posición, ejercicio etc.)
9. Analizar la calidad de vida del paciente y sus familiares
10. Evaluar condicionantes éticos
11. Información y educación continua de familiares y responsables
12. Prevención sanitaria
13. Reportes de salud pública
14. Informe médico final
15. Constancias laborales, deportivas, etc.
16. Informes administrativos (Clínica - Autoridades - Compañías de Seguros)
17. Consultas vicariantes a pacientes, familiares, médicos, técnicos, terapeutas etc., por vía telefónica y correo electrónico
18. Informes tardíos (incluso en años) sobre cualquier aspecto anterior
19. Resguardo de la historia médica
20. Preservación de la confidencialidad

Tabla 1

Criterios para evaluar las teorías o estructuras teóricas

Criterios	Niveles				
	1	2	3	4	5
	Mínimo	Bajo	Medio	Alto	Máximo
Coherencia interna					
Consistencia externa					
Comprensión					
Capacidad predictiva					
Precisión conceptual y lingüística					
Originalidad					
Capacidad unificadora					
Simplicidad					
Potencia heurística					
Aplicación práctica					
Contrastabilidad					
Expresión estética					
TOTALES					

Anexo 2

Ficha histórica

Autor(es):

Fecha de publicación:

Nombre de la publicación:

Contenido de la cita:

Relevancia historiográfica:

Ficha referencial

Autor(es):

Nombre de la publicación:

Fecha de la publicación:

Derecho involucrado o declaración
relacionada:

Ficha intuitiva

Reflexión del autor:

Derecho involucrado:

Relevancia de la cita:

Tabla 2**Africa:**

Angola	Gambia	Principe
Argelia	Ghana	Reunion
Benin	Ginea	Ruanda
Bostwana	Guinea Ecuat	Santo Tomé
Burkina Fasso	Guinea-Bissau	Senegal
Burundi	Kenia	Seychelles
Cabo verde	Lesotto	Sierra Leona
Camerun	Liberia	Somalia
Centroafrica	Libia	Sudafrica
Chad	Madagascar	Sudan
Comores	Malawi	Sudan del Sur
Congo	Mali	Swazilandia
Congo(RDem)	Marruecos	Tanzania
Costa de Marfil	Mauricio	Togo
Djibouti	Mauritania	Tunez
Egipto	Mozambique	Uganda
Eritrea	Nambia	Zambia
Etiopia	Niger	Zimbawe
Gabon	Nigeria	

Tabla 3

América:

Antigua	Argentina	Panamá
Bahamas	Barbados	Perú
Belice	Bolivia	St. Lucia
Brasil	Canada	Surinam
Chile	Colombia	USA
Costa Rica	Cuba	Haití
Dominica	Rep.Dominicana	Jamaica
Ecuador	Granada	Nicaragua
Granada	Guayana	St. Vincent
Guayana	Honduras	St. Kits
Honduras	El Salvador	TrinidadTobago
México	Guatemala	Venezuela

Tabla 4**Asia:**

Afganistan	Iran	Pakistan
Arabia Saudi	Iraq	Kuatar
Armenia	Israel	Singapur
Azerbaijan	Japón	Siria
Bahrain	Jordania	Srilanka
Bangladesh	Kazakistan	Tailandia
Bhutan	Kirguistán	Taiwan
Brunei	Kwait	Tayikistán
Camboya	Laos	Timor oriental
China	Líbano	Turkmenistán
Corea N	Malasia	Turquia
Corea S	Maldivas	Uzbekistán
Emiratos A.U	Mongolia	Vietnam
Filipinas	Myanmar	Yemen
India	Nepal	
Indonesia	Oman	

Tabla 5**Europa:**

Albania	Estonia	Malta
Alemania	Finlandia	Moldavia
Andorra	Francia	Mónaco
Austria	Georgia	Noruega
Belgica	Grecia	Polonia
Bielorusia	Holanda	Portugal
Bosnia Herzegovina	Hungría	Reino unido
Bulgaria	Irlanda	Rumania
Re. Checa	Islandia	Rusia
Chipre	Italia	San Marino
Croacia	Letonia	Suecia
Dinamarca	Lituania	Suiza
Eslovaquia	Lichtenstein	Ucrania
Eslovenia	Luxemburgo	Vaticano
España	Macedonia	

Tabla 6**Oceanía:**

Australia	Papua/ N Guinea
Fiji	Polinesia Fr
Islas Marshall	Samoa
Kiribati	Islas Salomón
Micronesia	Tonga
Nauru	Tuvalu
Nueva Zelandia	Vanuatu
Palau	

Tabla 7

Países con derechos médicos declarados

	Argentina	Bolivia	Perú	Brasil	Colombia	Chile	Ecuador	Salvador	Mexico	Nicarag	Uruguay	Venez	España
Remuneración	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	
Trato digno									+				
Escogencia de pacientes				+		+		+	+		+		
Ambiente apropiado	+	+		+					++		+		
Autonomía	+	+		+		+	+		+	+	+		
Asociación gremial	+	+					+					+	
Protección física	+												
Seguridad social	+								+				
Derecho a huelga	+		+								+	+	
Derecho de conciencia	+	+		+	+						+		+
Derecho de estudio	+	+							+				
Prestigio									+				
Capítulo especial	+	+		+				+	+	+			