

ARTÍCULO

Decisiones en la práctica médica del final de la vida: importancia basada en la opinión, grado de información y formación de médicos que laboran en los estados Aragua y Carabobo.



Maribel Bont , Katherine Dorta, Julio Ceballos, Anna Randazzo, Eliexer Urdaneta-Carruyo.

RESUMEN

El médico debe manejar la información legal y bioética necesaria para ofrecer al paciente mayor posibilidad de morir dignamente. Por ello, se realizó un estudio con el objetivo principal de exponer la importancia de las decisiones en la práctica médicas del final de la vida, basados en la opinión, grado de información y formación de médicos que laboran en los servicios de Cirugía, Medicina Interna, Medicina Crítica, Oncología y Anestesiología del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay en Aragua y la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Carabobo. La investigación se basó en un trabajo no experimental de tipo exploratorio con la utilización del enfoque empírico-analítico, basado en el lenguaje cuantitativo; la selección de la muestra fue no probabilística, de tipo opinática, la cual incluyó a 123 médicos, recopilándose los datos mediante encuestas de repuestas dicotómicas. Resultados: Perfil del encuestado, género femenino (53%), entre 20 y 29 años (37%), con 1 a 5 años de graduado (39%). En cuanto al conocimiento teórico, el 90% manifestó desconocer sobre el nuevo artículo del Anteproyecto de Código Penal, referido a la eutanasia como muerte por piedad, 74% no conocía de la revisión del Código de Deontología Médica. El 54% de los médicos afirmaron conocer los tipos de Eutanasia y el 48% consideró la posibilidad de aplicarla, con respecto al Suicidio Asistido, el 69% afirmó conocer el concepto y 77% manifestó no consentir su aplicación, el 97% desaprobó la práctica de Criptanasia, finalmente 63% refirió conocer la existencia del comité hospitalario de ética

Palabras Clave: DMFV (Decisiones médicas del final de la vida); Muerte digna; Bioética.

Doctorado en Ciencias Médicas, Área de Estudios Avanzados de Postgrado, Universidad de Carabobo; Urbanización Trigal Norte, sector Mañongo, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela.

Correspondencia: Maribel Bont Paredes Urbanización "La Esperanza Manzana C N° 39, Tocuyito, Valencia-Estado Carabobo, Venezuela.

E-mail: maribel.bont@gmail.com
maribelbont@hotmail.com

Tel.: +58-241-894.02.62 / +58-416-022.50.69
+58-412-647.57.94

Recibido: Enero 2007 **Aceptado:** Junio 2007

ABSTRACT

Medical decisions at end of life: importance based on personal opinion, degree of information and training of doctors working in Aragua and Carabobo States.

Medical doctors must have the legal and bioethical training required to offer their patients the right to go through the process of dying with a much greater sense of dignity. Upon those foundations the present research has been performed with the main objective of describing the significance of medical decisions at end of life, based on personal opinion, degree of information, and training of medical doctors working in the departments of Surgery, Internal Medicine, Critical Care Medicine, Oncology and Anesthesiology of the "Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay", and "Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera" in Aragua and Carabobo States, respectively. The type of investigation is exploratory and was done using a non experimental design, based on the empiric analytic method, and reported in a quantitative language. Sample selection was non probabilistic, and consisted of 123 doctors. For data collection, a written survey with a dichotomized-answer format was used. Results: Profile of the subjects: female, 53%; between 20 and 29 years of age, 37%; with 1 to 5 years since graduation, 39%. Regarding theoretical knowledge, 90% claimed not knowing the new article of the first draft of the Penal Code related to Euthanasia as a merciful death, and 74% ignored that Venezuela's Bioethical Code of Medicine had been modified. 54% claimed to know the classification of Euthanasia, 48% considered the possibility of applying it if officially accepted, 69% said they knew the concept of Assisted Suicide, 77% were not in agreement with its application, 97% disapproved of Criptanasia, and 63% were aware of the existence of a Hospital Ethics Committee in their place of work.

Key words: MDEL (Medical Decisions at End of Life); Worthy death; Bioethics.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la vida humana, las distintas civilizaciones han convertido el hecho individual de morir en un acontecimiento de carácter colectivo; estas mismas parecen coincidir en la idea de que el hombre no debe retrasar ni acelerar el fallecimiento, y aunque pareciera haber aceptado este hecho como la fase que cierra el ciclo de la vida, no ha internalizado que es una etapa más de la misma. Clásicamente se entendía muerte como "el cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria; o, el cese irreversible de todas las funciones cerebrales, incluidas las del tronco encefálico"; pero el cese de las funciones determina hoy apenas un estado de muerte "aparente" en la medida en que puede resol-

verse por medios de soporte. Ni siquiera el daño irreversible de los centros neuroreguladores es útil para establecer con precisión el momento de la muerte, cuanto aún, bajo tales circunstancias, resulta posible mantener indemne el funcionamiento visceral. En consecuencia, establecer el advenimiento de la muerte apela hoy a un criterio neurológico: la muerte cerebral.(1-3)

El manejo de la muerte ha llevado a las sociedades a adoptar diferentes conductas y tomar decisiones al final de la vida que han ido evolucionando en el tiempo, buscando disminuir o mitigar el dolor y la agonía que pudiesen estar unidos a este proceso. Al iniciarse el proceso de la muerte surge la necesidad de que el médico tome decisiones concernientes al final de la vida, entre ellas la Eutanasia que al ser concebida como fenómeno social ha sido la de mayor divulgación. Etimológicamente proviene del griego *eu* que significa bien, y *thannatos*, muerte; la Real Academia Española la define como: "la acción u omisión que, para evitar sufrimiento a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él".(4,5)

Desde una percepción jurídica podría ser considerado un delito por existir un hecho donde un sujeto activo (médico) realiza una acción voluntaria (suministro de una sustancia) a un sujeto pasivo (enfermo) causándole a éste último la muerte. Pero en esta situación existiría un atenuante, el móvil es un sentimiento humanitario: la piedad y el deseo de evitarle a esta persona el dolor y el sufrimiento que le genera el mal que padece. Por lo que muchos juristas lo consideran un homicidio piadoso.(6)

Así se comienza a distinguir entre Eutanasia Activa y Pasiva. La Eutanasia Activa, consiste en proporcionar conscientemente la muerte a una persona gravemente enferma por medio de una acción positiva, como una inyección de sustancias letales. Implica obrar de un modo considerado directo y lleva a la toma de una conducta activa para producir la muerte; cuando esta decisión es tomada exclusivamente por el personal médico, se denomina Criptanasia. Mientras que la Eutanasia Pasiva, consiste en provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado necesario para la supervivencia, es no proporcionar a una persona en estado terminal una terapia que prolongue su vida, es dejar de utilizar cualquier método específico para seguir manteniendo la vida de una persona irrecuperable. Implica dejar de obrar en forma consciente, y lleva a la toma de una conducta pasiva y expectante tendiente a que la enfermedad produzca la muerte de la persona, a sabiendas de que si se interviene, podría posponerse. Ambas son formas de Eutanasia Directa, puesto que el fin principal que se persigue es acortar la vida, por el contrario la Eutanasia Indirecta se logra a través de la administración de fármacos, generalmente potentes analgésicos tipo opiáceos, que mitigan el dolor, y como efecto secundario (no deseado originalmente) se sobreviene la muerte.(6,1)

La Eutanasia no es sinónimo de Suicidio Asistido, esta última representa otra decisión en la práctica médica del final de la vida, consistente en suministrar al enfermo terminal la información y todas las facilidades para que él mismo pueda poner fin a su existencia.(6, 7, 8)

Existen otros términos que por lo general no son conocidos, uno de ellos es Distanasia basada en la utilización de medidas terapéuticas de soporte vital que conllevan a posponer la muerte, en forma artificial; también es conocido como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico y es lo opuesto a la Eutanasia. Finalmente se encuentra la Ortotanasia, que consiste en dejar que la muerte llegue en enfermedades incurables y terminales, manejándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar el dolor, recurriendo a medidas razonables; es lo más aceptado mundialmente desde el punto de vista ético, jurídico y religioso.^(1,6,7-9)

Las decisiones en la práctica médica del final de la vida (DMFV) contemplan varios aspectos, los más relevantes para fines del presente estudio son los bioéticos y los legales, que a pesar de no tener un origen común, si se observan coincidencias entre las normas éticas y las disposiciones legales. En la práctica médica estos aspectos se complementan, pero a fines de la investigación serán considerados por separado.

Desde el punto de vista ético se planteará la problemática que surge del contraste entre la realidad y la teoría, considerando diversos documentos de la ética médica, elaborados para orientar la adecuada conducta y proceder del médico. Sin embargo, en la teoría no se presentan situaciones particulares, que en la práctica médica dejan paso a la duda en el correcto proceder. En primer término, el Juramento Hipocrático en su párrafo cuarto expresa: "A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin". Este es uno de los cimientos teóricos que asientan el ejercicio médico a nivel mundial, en nuestro país se empleó como principio fundamental hasta Febrero de 1984, cuando se adopta por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela el Juramento de Luís Razetti, que en su séptimo postulado contempla: "Mi reverencia por la vida al atender enfermos terminales no colidará con mi obligación fundamental de aliviar el sufrimiento humano." Para Hipócrates imperó el principio bioético de la no maleficencia, mientras que, para Razetti prevaleció la beneficencia, al ubicar el alivio del sufrimiento sobre el mantenimiento de la vida en la fase terminal de la enfermedad (6,12,13)

Por otro lado se encuentra el Código de Deontología Médica, que si bien representa una directriz de normativas morales, en este no se establecen sanciones civiles ni penales por el incumplimiento de las mismas. Específicamente dentro del Capítulo Quinto referente al enfermo terminal se orientan los enfoques sobre las decisiones en la práctica médicas al final de la vida; en el artículo 82 se manifiesta la desaprobación

del uso de medios artificiales innecesarios para la supervivencia; el artículo 83 tiene como premisa el alivio del dolor, aún si con esta medida sobreviniese la muerte; y finalmente en el artículo 84, se advierte que el médico no debe bajo ninguna circunstancia provocarse deliberadamente el fallecimiento a un paciente (13)

“Artículo 82: *El enfermo terminal no debe ser sometido a la aplicación de medidas de soporte vital derivadas de la tecnología, las cuales sólo servirán para prolongar la agonía y no para la preservación de la vida.*

Parágrafo uno: *Distanasia es la utilización de medidas terapéuticas de soporte vital que conllevan a posponer la muerte, en forma artificial. Es equivalente a ensañamiento terapéutico, encarnizamiento terapéutico o hiperterapéutico.”(7)*

“Artículo 83: *Cuando un enfermo terminal padezca de dolor, el médico debe auspiciar el empleo de analgésicos en dosis suficientes con el fin de aliviar este sufrimiento. De ser posible se deben llevar a la práctica medidas terapéuticas especializadas para calmar el dolor. En ocasiones en las cuales se teme que con el aumento progresivo de las dosis de analgésicos potentes, se pueda acortar el proceso vital por la depresión de los centros nerviosos que regulan la respiración, se debe proceder dando prioridad al objetivo de la analgesia como efecto primario buscado, por sobre el eventual efecto Indeseable.”(7)*

“Artículo 84: *Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano. No puede, en ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aún cuando éste o sus familiares lo soliciten, como tampoco deberá colaborar o asistir al suicidio del paciente instruyéndolo y/o procurándole un medicamento a una dosis letal.”(7)*

En cuanto al aspecto legal, la jurisprudencia venezolana, en ninguna de sus disposiciones contempla el término Eutanasia; dejando así un vacío legal. Sin embargo penaliza al individuo que causare la muerte a otro de forma intencional. El conflicto está representado por la posibilidad de introducción de nuevas normativas que modificarían el actual Código Penal Venezolano; ya que con el Anteproyecto de Reforma Parcial del mismo se propone la modificación del título IX “Delitos contra las personas”, ahora título II “Delitos contra la vida y la integridad personal”, dentro del cual se conservan los artículos anteriores y se incluye otro donde se autoriza el ejercicio de la Eutanasia, tanto activa como pasiva, no tipificándola como tal, sino denominándola como: “dar muerte por piedad”.

“Artículo 217.- *Dar muerte por piedad. No comete delito quien para evitar o aliviar el inaguantable dolor o sufrimiento al que padezca una enfermedad terminal o incurable,*

haga cesar el tratamiento médico a sabiendas de que podría sobrevenir la muerte o aunque la producirá. Tampoco comete delito quien administre a un enfermo tales calmantes en dosis másivas que puedan mitigar el dolor pero también provocar la muerte. Ni cometerá delito el que por piedad y de modo directo cause la muerte para mitigar su dolor o sufrimiento. En todos estos casos se requerirá indefectiblemente el consentimiento del paciente y dado de un modo consciente, expreso e inequívoco. Si no estuviera en condiciones de dar su consentimiento, este podrá ser suplido por un testamento vital o documento auténtico en el cual haya manifestado su deseo acerca de los tratamientos médicos que desea recibir o no recibir en caso de sufrir una enfermedad terminal o irreversible, cuando esta le impidiere expresarse de viva voz o directamente en tal eventualidad. El testamento mencionado debe ser evaluado por una comisión integrada por un familiar del paciente; un médico y un abogado designados por el Estado. A esta comisión podrán agregársele un médico y un abogado designados por la familia. Si hubiere desacuerdo entre los integrantes de la comisión, éstos deberán enviar inmediatamente el testamento a un tribunal penal, al que corresponderá la decisión definitiva sobre el caso. Si pese a que no hubiere tal consentimiento ni aquel testamento o documento auténtico, alguna persona da muerte a otra y se comprobare que mediaron razones de misericordia, se tendrá esa acción como un homicidio y la pena de prisión será de uno a cinco años y multa de cien a quinientas unidades tributarias (11)

El debate jurídico y bioético, ha llevado a la luz pública casos clínicos particulares y controversiales, como el caso de Karen Ann Quilan en 1975, el de Diane Pretty en el 2001, y el que más conmoción ha causado por su despliegue informativo, es el de Terri Schiavo en el año 2005. Esta corriente actual ha llevado a que en algunas naciones del mundo se hayan discutido la aprobación de leyes para la puesta en práctica de la Eutanasia; siendo así como, para el año 2002 Holanda se convierte en el primer país en aprobarla, seguido por Bélgica a finales de ese mismo año.(6,7,9,15,16) Actualmente en Venezuela se realiza el debate jurídico al respecto, en la Asamblea Nacional, y de llegar a aprobarse el artículo 217 del anteproyecto del Código Penal, el país se convertiría en la tercera nación del mundo en permitir la Eutanasia. Este panorama invita a la revisión de los diferentes aspectos bioéticos y médico-legales que tienen ingerencia en su práctica, ya que las nuevas propuestas jurídicas pudiesen llevar a la elaboración de lineamientos dentro de los cuales el médico venezolano deberá conducirse en su práctica profesional.(17-19)

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación está enmarcada dentro del enfoque empírico-analítico, con la utilización del lenguaje cuantitativo. Presenta un diseño de carácter no experimental, explo-

ratorio de campo y de corte transeccional, con el objetivo de exponer la importancia de las decisiones en la práctica médica del final de la vida, basados en la opinión, grado de información y formación de médicos que laboran en los servicios de Cirugía, Medicina Interna, Medicina Crítica, Oncología y Anestesiología del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay (SAHCM) en Aragua y la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Carabobo (CHET). La población estuvo compuesta por 185 médicos, a quienes se les aplicó un cuestionario anónimo, la selección de los sujetos de estudio para conformar la muestra fue de tipo no probabilística (opinática), quedando constituida por 123 sujetos, que acordaron libremente participar de la investigación a través del consentimiento informado escrito.

Los datos se recolectaron mediante técnica de encuesta escrita, con la aplicación de cuestionarios como instrumentos, conformado por catorce preguntas cerradas con dos alternativas de respuesta (no se estableció límite de tiempo para su resolución).

Los datos se tabularon y codificaron en excel en cuadros comparativos que se llevaron ulteriormente a diagramas sectoriales, en el mismo programa, analizándolos desde el punto de vista estadístico, observándose una distribución Gaussiana, aplicándose análisis porcentual.

RESULTADOS

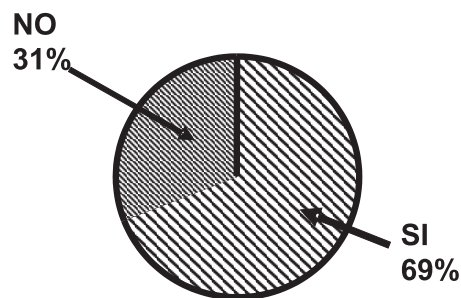
Perfil del encuestado. Se caracterizó por personas de género femenino en el 54% de los casos (70 médicas). 37% de los sujetos de estudio (45 médicos) tenían edades comprendidas entre 20 y 29 años y 39% (48 médicos) refirieron una experiencia profesional entre 1 y 5 años de graduados.

Artículo 217. Ante la pregunta sobre el conocimiento del contenido del artículo 217 del Anteproyecto de Reforma Parcial del Código Penal Venezolano, la gran mayoría de los médicos (90%) reconoció desconocerla, mientras 2 no respondieron esta pregunta.:

Revisión del Código de Deontología. En cuanto al conocimiento de los médicos sobre la reciente revisión del Código de Deontología Médica Venezolana, los resultados de la encuesta indicaron que 111 (74%) de los médicos no estaban al tanto de la reciente revisión del Código de Deontología Médica Venezolano, referido a la Eutanasia como muerte por piedad mientras que un 25 % dijo que si

Suicidio asistido. Con respecto al conocimiento acerca del Suicidio Asistido los encuestados aseguraron: lo que indica la Fig 1.

Fig. 1 Distribución de los encuestados, según su conocimiento acerca del Suicidio Asistido. 2006



Concepto de enfermo terminal El 85% (104 médicos) refirieron conocer el concepto de Enfermo Terminal y 54% (67 médicos) respondieron positivamente a la pregunta sobre el conocimiento teórico acerca de los diferentes tipos de Eutanasia que se pueden aplicar.

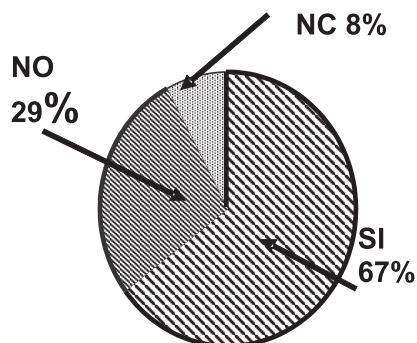
Eutanasia. Con respecto a la disposición de aplicar la Eutanasia, las respuestas indicaron que alrededor de la mitad de los encuestados indicaron su disposición a aplicarla y otro tanto que no. El 4% de los encuestados (5 médicos no dieron respuesta a la pregunta.

Facilitar la muerte sin dolor. Sin embargo, al preguntar sobre la disposición a facilitar la muerte sin dolor a un paciente en estado terminal, se observó que 73% (90 médicos) manifestó estar en disposición de hacerlo.

Administración de fármacos. Ante la pregunta sobre la administración de fármacos para suprimir vidas que el mismo galeno considera una carga para la sociedad, una gran mayoría (111 respuestas – 97%) indicó su no disposición aplicar esta conducta.

Comité de Bioética. Con referencia al conocimiento de los médicos acerca de la existencia de los Comités Hospitalarios de Bioética que laboran en el SAHCM y la CHET, los resultados se pueden ver en la Fig. 2

Fig. 2 Distribución de los médicos, según su conocimiento sobre la existencia del Comité Hospitalario de Bioética. 2006



Se puede ver que 77 médicos que laboran en el SAHCM y la CHET manifestaron conocer la existencia del Comité Hospitalario de Bioética de dichas instituciones, 36 médicos lo desconocían, y 10 médicos no dieron su respuesta.

DISCUSIÓN

Se evidencio que la mayoría de los médicos participantes en este estudio no poseían actualización suficiente sobre la inclusión de la Eutanasia como muerte por piedad, en el Anteproyecto de Reforma Parcial del Código Penal Venezolano; ni tampoco conocían las modificaciones que referente a la materia han sido efectuadas al Código de Deontología Médica en años recientes. Estos hallazgos se corresponden con los resultados presentados por investigadores nacionales en Mérida-Venezuela, e internacionales en Buenos Aires-Argentina, quienes reportan un alto nivel de desconocimiento por parte de los médicos participantes en sus estudios, sobre las regulaciones legales relacionadas con la Eutanasia y sus diferentes modalidades.(20,21)

La evidente desactualización de los médicos sobre la materia, conlleva a la reflexión y revisión acerca de las decisiones de la práctica médica al final de la vida, las cuales deben fundamentarse en documentos de apoyo básicos a nivel nacional, que orienten el manejo médico-legal y moral de los pacientes ante los dilemas del morir, y que proporcionen el apoyo necesario al personal de salud, en especial al equipo médico para el ejercicio eficiente, humano y cálido de la profesión.

Ya que los sujetos que acordaron participar por consentimiento libre y voluntario, son en su mayoría egresados de la Universidad de Carabobo y que actualmente se encuentran realizando estudios avanzados de postgrado. Se hace necesaria y oportuna una revisión en cuanto a la formación y preparación que con relación a los aspectos Bioéticos y Deontológicos, tanto en el área de pregrado como de postgrado, que se están llevando a cabo en esta institución universitaria.

Se evidenció, que a pesar de que un porcentaje importante de los médicos encuestados no estuvo de acuerdo con la práctica de la Eutanasia, un porcentaje mayor manifestó estar dispuesto a facilitar la muerte sin dolor a enfermos terminales. Estos resultados superan a los referidos por autores de la Universidad de los Andes (ULA) en Mérida-Venezuela, quienes reportan que la mitad de los sujetos encuestados para su investigación respondieron afirmativamente ante la facilitación de la Eutanasia.(20)

Lo cual pone de manifiesto el apego por la vida y respeto a la persona humana, por parte del médico formado en la Universidad de Carabobo; si bien es cierto, se debe reconocer la falta de información que se evidenció sobre algunas

normativas deontológicas y legales con relación a las decisiones médicas del final de la vida, también es importante destacar la fundamentación de los valores por la dignidad humana que se antepone en su ejercicio profesional. Y su compromiso sentido en aliviar el sufrimiento del paciente con enfermedad terminal hasta sus últimas consecuencias.

En relación a la administración de fármacos para suprimir vidas que el médico considera una carga social (Criptanasia), se aprecio un alto porcentaje de desaprobación (98%), lo cual podría ser evidencia del valor superlativo que tienen el paciente como persona y la vida humana, para los médicos del estudio. Estos resultados discrepan con aquellos reportados en investigaciones similares realizadas en la ULA en 1998, en los que 6% de los sujetos respondieron afirmativamente ante esta modalidad de aplicación de la Eutanasia Activa e Involuntaria; mientras que publicaciones científicas realizadas en Colombia sugieren que hasta 8% de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales afirmaron haber realizado esta modalidad de Eutanasia por decisión del personal médico, sin la solicitud de los familiares o sus pacientes.(10,20)

El desconocimiento de la presencia de los Comités Hospitalarios de Bioética, sugiere la reciente incorporación de este grupo multidisciplinario integrado al quehacer del equipo de salud, lo que nos impulsa a brindar información sobre su constitución y su importancia en el apoyo de la toma de decisiones en la práctica médica, especialmente cuando se trata de los dilemas del final de la vida humana.

Por otra parte, es importante destacar que el papel de los Comités Hospitalarios de Bioética, no solo es el de brindar información, asesoría y apoyo a los médicos en la discusión de estas situaciones específicas del contexto del morir. Su aporte se extiende a todas aquellas situaciones de conflicto que puedan existir en la relación médico-paciente y siendo su constitución multidisciplinaria contribuye con un enfoque enmarcado en la pluralidad de pensamiento, el dialogo y la tolerancia.

Los hallazgos del estudio demandan serios compromisos de actualización por parte de los médicos que fueron sujetos de estudio en esta investigación, en especial sobre aquellos temas que le permitan una práctica profesional de elevada calidad, con decisiones basadas en aspectos científicos, tecnológicos, humanísticos, bioéticos y legales, para el mejor acompañamiento del paciente en el final de la vida. Buscando el apoyo necesario y pertinente en otros miembros del equipo de salud, representados por los Comités Hospitalarios de Bioética, que le permitan actuar en consenso, inspirados en la confraternidad, solidaridad y respeto hacia todos los seres humanos a quienes sirve, como lo exige la nueva visión de la Bioética mundial.

Sugerencias: Ante los hallazgos evidenciados en este estudio, los autores recomiendan:

- Realizar una revisión curricular de los programas de pregrado y postgrado, para actualizar sus contenidos y darle la prioridad a los temas que se encuentran en la palestra en el ámbito nacional e internacional; como lo son: los aspectos éticos y regulaciones de la investigación internacional colaborativa, la biodiversidad, los alimentos transgénicos, los aspectos relacionados a la manipulación genética en humanos y las decisiones médicas del inicio y del final de la vida humana. El curriculum debe ser vinculado a la Bioética para poder lograr que conocimientos, habilidades y destrezas sean asumidas dentro del marco axiológico de los estudiantes para un ejercicio moral de sus profesiones y sus vidas. Así construiremos la bioética a la que tenemos derecho.
- Es incongruente que los aspectos Bioéticos y Deontológicos de la medicina, se pretendan reducir a un escueto programa modular de dieciocho (18) semanas, que es el período del que actualmente se dispone en la Escuela de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Y que pudiese estar contribuyendo a esta desinformación evidenciada en los sujetos de investigación. Por lo que los autores sugieren la creación de un comité responsable en llevar adelante estas propuestas ante las autoridades universitarias correspondientes y responsables de lograr la incorporación de la materia al régimen anual.
- Por otra parte, no contamos con suficiente personal preparado en Bioética, para liderar el avance que con relación a estos tópicos exige la comunidad y el país demanda; ante estas circunstancias, se hace obligatorio fomentar la participación y preparación en aspectos Bioéticos y Deontológicos del profesorado universitario, desde las aulas del pregrado, hasta los estudios avanzados de postgrado y Doctorados.
- Se hace urgente abrir espacios de disertación, dialogo y consenso para asumir posiciones responsables en el marco Bioético y Deontológico de la profesión médica, con relación a las pretensiones del Gobierno Nacional en las modificaciones de nuestro marco legal constitucional, reflejados en el Código Penal. La inclusión de un artículo donde su puede legislar por primera vez sobre los aspectos del final de la vida humana, como lo es la Muerte por Piedad, requiere una consenso de todos los sectores nacionales, especialmente desde las comunidades médicas y académicas de Venezuela, las cuales no pueden permanecer silentes y ajenas en las deliberaciones que se llevan a cabo al respecto.

La academia venezolana necesita rescatar su importancia y ser tomada en consideración ante las problemáticas que surgen desde la dinámica cambiante que se impone en la actualidad, los nuevos paradigmas de conocimiento brindan nuevas perspectiva y riqueza en los diferentes enfoques para abordar la aproximación a la realidad y dar respuestas a las necesidades del hombre del siglo naciente. La Universidad de Carabobo se ha constituido hoy día en punta de lanza en el saber médico del país y su posición en relación a los tópicos de la Bioética debe ser escuchada y sentida.

Agradecimientos: Al personal médico que labora en el Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay y la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" por abrirnos las puertas y permitir la realización este proyecto de investigación. A todas aquellas personas que de una u otra forma brindaron su colaboración durante la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiar-Guevara R. La culpa y su prueba. Baruta (Caracas): Aguiar-Guevara & Asociados; 1997.
2. Galindo Gilberto. Bioética: humanismo científico emergente. Bogotá: Fundación Cultural Juveriana de Artes Gráficas; 2005.
3. Van Rensselaer P. Bioethics bridge to the future. Prentice-Hall Biological Science Series editor; 1971.
4. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22º ed. Madrid; 2001. [Revisado el: 16 de Julio de 2005]. Disponible en: URL: <http://www.rae.es/>.
5. Galindo Gilberto. El Horizonte Bioético de las Ciencias. Quinta Edición. Bogotá: Fundación Cultural Juveriana de Artes Gráficas; 2001.
6. Aguiar-Guevara R. Eutanasia: mitos y realidades. El Silencio (Caracas): Tamher Editores; 2003.
7. Castillo Valery A. La muerte y la medicina actual. En Ética médica ante el enfermo grave. Cap. JIMS, Barcelona 1986.
8. León Cechini A. La verdad y el enfermo. En: La muerte y el morir. Lagoven, Caracas 1980.
9. Castillo Valery A. Aspectos conceptuales y ético-morales de la muerte. En Aspectos ético-morales sobre la asistencia al paciente terminal. Muerte Encefálica. Donación de Órganos. Cuadernos de la FMVNº8. Caracas 1994.
10. Rodríguez R, Rodríguez F. Eutanasia: sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales. Colombia Méd [serial online] 1999 [Revisado 28 de Mayo de 2006]; 30(2):102-106. Disponible en: URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28330208&iCveNum=1061>.
11. Groenewoud J, Van Der Heide A, Onwuteaka B, Willems D, Van Der Maas P, Van Der Wal G. Clinical problems with the performance of Euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. N Engl J Med [serial online] 24 de Febrero de 2000 [Revisado 1 Mayo de 2006]; 342(8):551-556. Disponible en: URL: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/342/8/551.pdf>.
12. Pérez R. De la magia primitiva a la medicina moderna [serial online] 1997 [Revisado 22 de Junio de 2005]. Disponible en: URL: <http://www.portal.planetasedna.com.ar/medicina01.htm>.
13. Código de Deontología Médica. Aprobado en CXXXIX Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (18 y 19 de Octubre de 2003).

14. Angulo A. Anteproyecto de Código Penal [serial online] 2005 [Revisado 16 de Febrero 2005]. Disponible en: URL: <http://www.tsj.gov.ve/informacion/miscelaneas/anteproyecto2.html>.
15. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Ética en Medicina: La Muerte y la Medicina Actual Muerte Asistida. Módulo 5. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2003.
16. D'Empaire G. Bioética en Cuidados Intensivos. Medicina Crítica Venezolana. Diciembre 2004; 16(2):37-41.
17. García D. Ética de los confines de la vida. Tomo 3. Bogotá: Editorial CODICE LTD
18. Asociación Venezolana Derecho a Morir con Dignidad [serial online] Marzo 2006 [Revisado 15 de Abril de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.morircondignidad.-org/>
19. Asociación Derecho a Morir Dignamente [serial online] [Revisado 05 de Agosto de 2005]. Disponible en: URL: <http://www.eutanasia.ws/dmdFederacion.html>
20. Mazzari R, Wong S, López M, Rivas F. Actitud de médicos y estudiantes de medicina frente a la eutanasia. Mérida. Venezuela. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. 1998; 7(1-4):25-30.
21. Falcón J, Álvarez MG. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de pacientes. Medicina Buenos Aires. 1996; 56 (4).



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO Y HUMANÍSTICO (CDCH)

Valencia - Venezuela



El Consejo de Desarrollo Científico Humanístico y Tecnológico de la Universidad de Carabobo (CDCH-UC). Es el organismo que se encarga de administrar el presupuesto destinado a la actividad de investigación en todos los campos de las ciencias exactas, aplicadas, sociales y tecnológicas.

Las modalidades de subvenciones se hacen bajo las siguientes áreas:

- Ayudas menores para la realización de Tesis y Trabajos, de Pre y Postgrado.
- Proyectos individuales y grupales.
- Equipamientos Institucionales.
- Organización de eventos institucionales e interinstitucionales.
- Asistencia a eventos nacionales e internacionales.
- Publicaciones de periódicos y libros.
- Publicaciones de artículos en revistas especializadas.
- Entrenamientos cortos a personal de investigación.

Dirección.-

Centro Comercial Profesional "Camoruco", Piso 11, Avenida Bolívar.
Valencia - Edo. Carabobo. Venezuela. Teléfonos: (0241) 823.94.14 - 823.67.35 - 821.01.37

ESTA REVISTA RECIBE EL APOYO PERMANENTE DEL CDCH-UC